

# La valutazione del sistema sanitario: necessità ed elusione

Giancarlo Biasini, Direttore *Quaderni acp*

**Parole chiave** SSN. Valutazione. Aziende sanitarie. Equità. Disuguaglianze

Vi ricordate il SiVeAS?

Avrebbe dovuto essere il *Sistema nazionale e regionale di Verifica e controllo dell'Assistenza Sanitaria* inserito nella Finanziaria del 2006 (legge 23 dicembre 2005) e che persisteva all'art. 3 della prima bozza del DDL Turco, denominato "Interventi per la qualità e la sicurezza del SSN", collegato alla Finanziaria 2008 e svanito con la crisi di governo. Nonostante la crisi, merita discuterne il contenuto. L'art. 3 di cui si diceva contiene ora un comma che attribuisce le funzioni svolte dal SiVeAS (che in realtà non è mai stato operativo) al Sistema nazionale di valutazione del SSN. Le sue modalità di funzionamento sono demandate alla Conferenza Stato-Regioni; sarà alimentato dalle informazioni dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'AIFA e di altre Agenzie. Il Ministero aveva affidato all'ASSR il compito di mettere a punto un sistema di valutazione omogeneo per tutti gli ambiti del SSN. L'Agenzia si era data un anno di tempo per produrlo attraverso un set di indicatori condivisi; che non è cosa da poco, sia per i tempi che per la "condivisione", dato che per ora le regioni che attuano sistemi di valutazione interni sono poche, anche se tutte dichiarano, a gran voce, di volerlo. Appellandosi alla "condivisione" – dice il direttore dell'ASSR – le regioni non vogliono un sistema calato dal Ministero e comunque da "terzi". Con "terzi" essi intendono probabilmente la Toscana, che ha messo a punto un sistema che sembrava avere l'appoggio del Ministro della Salute, dal quale veniva additato come modello di riferimento.

Le altre regioni che hanno dichiarato di avere un sistema già avviato di valutazione sono Lombardia, FVG, Umbria, Abruzzo. A parte i modelli, non c'è dubbio che il sistema debba avere alcune caratteristiche implicite sulle quali, nonostante la caduta del DDL Turco, vale la pena soffermarsi. Tale sistema dovrebbe essere:

– **uniforme** per tutto il territorio nazionale in modo da permettere quella operazione di benchmarking sui risultati per la quale è nato. Deve essere capace di valutare contemporaneamente aziende sanitarie di diversa complessità: le grandi strutture, ma anche le cure domiciliari e le performance di singoli gruppi di operatori;

– **costante** nel tempo, cioè non occasionale ma continuo; lo *star rating* (da zero a tre stelle) del National Health Service inglese è annuale;

– **rapido**, cioè deve offrire dati disponibili nell'anno in cui si verificano e non ottenuti con il larghissimo ritardo di quelli ISTAT; il ritardo li rende utili solo storicamente;

– **longitudinale e trasversale**, cioè capace di valutare il progresso in continuo rispetto alla situazione precedente delle singole entità valutate, e capace di confrontare trasversalmente le situazioni;

– **semplice e leggibile** anche dai cittadini. Questo è un elemento essenziale: i dati delle ASL sono quasi sempre comprensibili solo da chi li ha elaborati. La comprensibilità dei dati è essenziale per consentire alle conferenze territoriali e ai cittadini una valutazione delle scelte del sistema e quindi una partecipazione (declamata ma mai attuata) al governo della sanità. I dati 2006 di ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) relativi alla mortalità evitabile per ASL erano di grande interesse, perché permettevano un buon benchmarking sui risultati delle singole ASL, ma erano di assai difficile lettura per i cittadini;

– **premiante**, cioè non "senza conseguenze". Non può non esserci premio, in qualche modo, sia per le ASL che per i professionisti che hanno contribuito al successo in termini di qualità a pari disponibilità dei servizi. E non solo, come sembra accadere nel modello toscano con l'incentivazione delle sole direzioni aziendali;

– **pubblico**, cioè reso disponibile sui giornali, web e TV locali e nazionali. I dati ERA 2006 erano nella disponibilità di chi voleva accedervi solo con un meccanismo particolarmente difficile;

– **condiviso**, cioè partecipato anche dal personale delle ASL/AO. Questo risulta spesso escluso dall'elaborazione dei criteri di valutazione del suo operato, non esistendo sistemi di "buona comunicazione" interna fra dirigenza e operatori al di là degli sclerotici organi burocratici.

Si accennava sopra al sistema di valutazione della Toscana. A quanto si conosce dalle ricostruzioni della stampa, si compone di 130 indicatori raggruppati in 50 indicatori sintetici, espressione di 6 aree.

1. Livelli di salute della popolazione riguardanti le principali cause di mortalità.

2. Perseguimento di obiettivi aziendali, cioè lo star dentro agli orientamenti strategici della regione. Ci si può chiedere chi definisca come "buone" le strategie assistenziali delle singole regioni. Non c'è il rischio di autoreferenzialità, per eliminare la quale nasce il sistema di valutazione?

3. Qualità, efficienza, appropriatezza clinica e organizzativa dei servizi erogati.

4. Soddisfazione degli utenti per alcune tipologie di servizi. In questo ambito i criteri di valutazione sono essenziali perché a fronte di un diffuso sentimento di insoddisfazione gran parte delle ricerche dimostra un eccellente gradimento dei servizi da parte della popolazione.

5. Soddisfazione del personale; elemento questo talora valutato, ma raramente preso in considerazione per un giudizio sulle direzioni aziendali.

6. Capacità delle aziende a essere efficienti in termini economico-finanziari, meccanismi gestionali, efficienza operativa.

Ciò che sfugge però a ogni valutazione a livello regionale o di ASL, pur esistendo metodologie di studio, è l'equità nella disponibilità dei servizi. Persone con bisogni simili hanno disponibili, quantitativamente e qualitativamente, le stesse cure? O vi è disuguaglianza in base al reddito, all'età, al sesso, alla posizione sociale, al grado di istruzione? Non cesseremo di sottolineare come questo sia un nodo politico che si ha una gran voglia di eludere. Troppo difficile o troppo scomodo? ♦

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale