

## **BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**

### **Art. 9 (Obiettivi)**

I. Il piano persegue due macroobiettivi strategico-politici:

a) l'utilizzazione delle previsioni di cui all'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), ribadite dall'art. 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), al fine di giungere ad una sempre più completa autonomia programmatica e gestionale;

b) l'avvio di sinergie fra il sistema pubblico e il sistema privato per la gestione dei servizi socio-sanitari mediante formule organizzative di tipo aziendale.

2. Gli obiettivi che si intendono raggiungere in applicazione dei macroobiettivi di cui al comma I sono i seguenti:

a) il progressivo recupero della mobilità ospedaliera inter-regionale, intendendosi con questa espressione la necessità di operare gli opportuni interventi al fine di ridurre ed eliminare progressivamente il flusso di pazienti che si rivolgono, per patologie di base, presso strutture pubbliche ubicate in altre regioni;

b) la ridefinizione, l'omogeneizzazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni;

c) il potenziamento della rete dei servizi socio-sanitari integrati; d) la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera;

e) il progressivo coinvolgimento dell'utenza nelle scelte di politica socio-sanitaria;

f) il completamento del processo di aziendalizzazione dell'USL;

g) la revisione del ruolo del medico di medicina generale;

h) l'istituzione del servizio di emergenza sanitaria territoriale e del servizio di continuità assistenziale.

### **10. Metodologia di valutazione dei risultati.**

La concezione aziendalistica dell'U.S.L. comporta una revisione completa dei meccanismi di interazione e controllo tra l'ente pubblico istituzionalmente competente in materia sanitaria e la direzione generale dell'azienda U.S.L..

Oggetto di questa revisione è anche l'identificazione dell'obiettivo che entrambe le parti devono perseguire, questo è sintetizzabile nella ricerca di un sempre più adeguato livello qualitativo di erogazione dei servizi del S.S.R.

Una metodologia di valutazione dei risultati, intesa nella migliore delle sue accezioni quella fattiva (propositiva) e non meramente formale (valutativa), comporta l'instaurarsi di un

"ciclo di qualità", come processo permanente di affinamento alla "qualità globale". Questo processo è più che altro di natura culturale, e non può essere confuso (il tutto) con alcuni degli strumenti (le singole parti) che operativamente lo compongono. A questo proposito si vuole evidenziare come l'adozione di uno "standard qualitativo", qualunque esso sia, non comporta automaticamente alcun miglioramento qualitativo nell'erogazione del servizio. Eventuali progressi nella qualità del servizio erogato sono funzione:

- del livello di condivisione dei principi, su cui si basa lo "standard" adottato, da parte della struttura direttamente coinvolta nell'erogazione del servizio;
- dall'analisi dell'evoluzione dei risultati sintetizzati dallo "standard" più che dalla loro analisi estemporale;
- dalla precisione e disponibilità di grandi quantità di dati, sia puntuali che storici, a suffragio dello "standard" qualitativo prescelto.

Queste sono, tra le tante, tre delle prime attenzioni poste da questo P.S.R. allo sviluppo concreto di una cultura della qualità in ambito socio-sanitario.

Mentre il P.S.N. pone come obiettivo il recupero del sistema sanitario in termini di maggior efficienza ed efficacia e quindi minori costi d'esercizio a parità di livelli sanitari e assistenziali erogati, questo P.S.R. si propone come obiettivo primario la "qualità" del servizio sanitario regionale. Mentre ribadisce come primaria l'attenzione al fattore "qualità", questo P.S.R. si contraddistingue per la percezione del termine stesso di "qualità", non più intesa in un contesto astratto, teorico e quindi difficilmente identificabile nella realtà quotidiana, ma piuttosto come il principale indicatore di sintesi dell'attività socio-sanitaria nel proprio complesso, considerando congiuntamente le competenze tecniche, quelle organizzative e quelle economiche. Per questo motivo l'attenzione posta da questo P.S.R. alla "qualità" non va ricercata in un determinato richiamo o in precise esplicitazioni, ma va letta trasversalmente al contenuto di tutto il documento di programmazione, come costante cura a non lasciare nulla al caso e alla improvvisazione. Quest'impostazione porta a non dover esplicitare quasi mai il termine "qualità", ma a fare in modo che l'attento combinarsi di tutte le singole componenti del servizio, la costante ricerca di possibili sinergie fra le stesse e lo svilupparsi di un sempre più diffuso senso di responsabilità a qualsiasi livello, configuri lo stesso come servizio di qualità.

La riforma nazionale del sistema sanitario (517/91) ha introdotto alcune linee guida tendenti alla progressiva responsabilizzazione dei quadri direttivi della direzione dell'U.S.L., senza per altro definire (o meglio delegando) le modalità operative con cui questa responsabilizzazione debba essere integrata in un contesto operativo quotidiano.

E' in quest'ottica che devono intendersi le esplicitazioni dei metodi di valutazione che la Regione intende adottare in fase di valutazione dell'operato dell'U.S.L.

L'esplicitazione a priori delle metodologie di valutazione permette anche il raggiungimento di alcuni altri obiettivi considerati fondamentali da questo P.S.R.:

- I. mettere i dirigenti dell'U.S.L. in condizione di certezza sulle priorità da perseguire, conoscendo a priori quelle che saranno le modalità con cui verrà valutato il proprio operato;

2. incentivare un "trasparente" e fattivo processo di revisione bilaterale, che coinvolga, a diversi livelli, le strutture dirigenziali dell'azienda U.S.L. (eventualmente ricorrendo ad adeguate forme di rappresentatività), delle metodologie di valutazione, permettendo così un'evoluzione delle stesse nel tempo;
3. concentrare in un unico momento logico (sessione di valutazione a consuntivo) e nei confronti di un unico predefinito interlocutore (l'alta dirigenza dell'azienda: D.G., D.S. e D.A.), la valutazione dell'operato gestionale dell'azienda, svincolando pertanto tutta la restante struttura da qualsiasi interferenza esterna. A questo proposito è bene precisare che sebbene il processo di aziendalizzazione dell'U.S.L. preveda una sempre maggiore autonomia gestionale dell'alta dirigenza, questa è comunque sempre subordinata alle direttive indicate dalla pianificazione dell'ente regionale che non può essere vincolato.

Per quanto possibile i metodi di valutazione sull'operato della direzione U.S.L. sono stati corredati dei relativi dettagli operativi in funzione della durata dell'arco temporale corrispondente. Fino a raggiungere il massimo dettaglio operativo a livello di verifica annuale.

Il momento di verifica sull'operato della direzione dell'U.S.L., che vede il proprio svolgimento svilupparsi nel corso di tutto l'esercizio in concomitanza con la trasmissione di periodici rapporti infrannuali, appositamente predisposti, si conclude con una fase di consuntivo nei 90 giorni seguenti alla trasmissione ufficiale dei risultati dell'esercizio alla Regione.

Convinti che la validità di un qualsiasi sistema di valutazione è funzionalmente dipendente dalla qualità del sistema di supporto quali-quantitativo a questo asservito, e conoscendo l'attuale situazione del sistema informativo aziendale, questo P.S.R. prevede:

- che parte degli obiettivi di prima individuazione siano costituiti da strumenti di supporto informativo;
- un'introduzione sperimentale e flessibile della griglia di valutazione successivamente esposta;

A soli fini espositivi, la metodologia di valutazione è stata scomposta nelle seguenti sotto-livelli di analisi:

### ***10.1 Su base annuale:***

La valutazione sull'operato gestionale dell'azienda U.S.L. su base annuale, è essenzialmente riconducibile all'analisi di:

#### **10.1.1. Raggiungimento dello stato avanzamento lavori esplicitamente previsto per gli obiettivi del P.S.R. definiti su base annuale;**

##### *10.1.1.1. Servizi di nuova istituzione*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte sul raggiungimento degli stati di avanzamento lavori, previsti per l'approntamento dei servizi di nuova istituzione.

#### *10.1.1.2. Servizi di contabilità analitica*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte su:

- Definizione di un sistema di centri costo che risponda anche a esigenze di pianificazione sanitaria che valicano l'ambito gestionale e sono tipicamente di competenza regionale;
- Qualità di un sistema di ripartizione dei costi fissi di struttura;

#### *10.1.1.3. Sistema informativo interno*

L'U.S.L. attraverso un proprio processo di riorganizzazione di informatizzazione deve riuscire nell'arco del triennio a quantificare alcuni aspetti della propria gestione quali:

- interventi ospedalieri per acuti suddivisi per categorie (D.R.G.);
- garantire forme, su base territoriale e distribuita, più agevoli di prenotazione ed accesso alla struttura ospedaliera;
- dotarsi di un sistema sintetico e condiviso di indici di valutazione sul proprio operato;
- dotarsi di un sistema di valutazione globale della qualità del servizio reso condiviso nelle sue finalità e nella definizione degli indici sintetici di riferimento con l'Amministrazione regionale e gli enti locali. Questo sistema di valutazione deve trovare corrispondenza nelle indicazioni di minima espresse dal Ministero della Sanità con decreto n. 263 del 10.11.95 ed ancora in via di definizione:

#### *10.1.1.4. Struttura di supporto informatico*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte su:

- Qualità del progetto quadro di informatizzazione dell'U.S.L.;
- Organicità dei singoli interventi, a salvaguardia del disegno complessivo e dell'integrazione tra le singole parti;
- Appoggio dei dati su basi di dati relazionali e aperte, a salvaguardia della compatibilità futura degli investimenti effettuati;
- Individuazione di regole operative per l'automazione della scelta tra ricorso in "out-sourcing" e lo sviluppo interno;

**10.1.2. Incrementi dei livelli quantitativi dei servizi di assistenza sanitaria erogati;**

#### *10.1.2.1. Liste di attesa per prestazioni ospedaliere*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte su:

- andamento del dato quantitativo,
- efficienza ed efficacia degli strumenti operativi atti a contenere il fenomeno,
- efficienza ed efficacia degli strumenti per la quantificazione del fenomeno.

#### *10.1.2.2. Mobilità extra-regionale*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte su:

- analisi qualitativa del fenomeno. Con il procedere del processo di compensazione economica analitica tra regioni, si otterranno sempre maggiori informazioni sugli aspetti qualitativi di questo fenomeno. In quest'ottica è quindi auspicabile uno sviluppo dei metodi di analisi del fenomeno oltre l'ormai consueta ripartizione ministeriale (alta, media, bassa specialità).

- andamento del dato quantitativo,
- efficienza ed efficacia degli strumenti operativi atti a contenere forme patologiche del fenomeno.

#### *10.1.2.3. Diversificare la propria offerta*

- favorire soluzione in regime di "Day-Hospital";
- predisporre strumenti più adeguati alle specifiche richieste di servizi a connotazione specialistica ambulatoriale, sanitaria sia residenziale che semiresidenziale;
- completare la strutturazione dei servizi di pronto soccorso e l'integrazione con la componente di volontariato;

### **10.1.3. Incrementi dei livelli qualitativi di responsabilizzazione dei diversi livelli gestionali interni;**

#### *10.1.3.1. Scostamenti tra bilancio di previsione e consuntivo*

In un'ottica di razionalizzazione dei processi decisionali aziendali, diventa fondamentale recuperare quel ruolo di programmazione e pianificazione, che troppo a lungo nel contesto della gestione pubblica ha assunto un carattere meramente formale e privo di riscontri reali. Per recuperare, nell'intera struttura aziendale e non solo al proprio vertice, questa cultura alla programmazione il fattore di discriminazione deve identificarsi con l'analisi degli scostamenti.

Sviluppo di una cultura aziendale volta a indirizzare la dirigenza alla corretta e fisiologica analisi del bilancio di previsione, a scapito della ricorso consuetudinario agli assestamenti di bilancio.

A questo proposito si rimanda alle disposizioni contenute nella legge regionale 16 luglio 1996, n. 19 sul riassetto contabile dell'U.S.L.

*10.1.3.2. Definizione dei criteri di suddivisione delle risorse sia in conto capitale che gestione destinate all'attrezzatura mobile*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte su:

- efficienza ed efficacia dei meccanismi di coinvolgimento dei primari;
- delega ai primari della libertà di stabilire i tempi e le modalità di utilizzo dei macchinari sia sanitari che amministrativi in uso nei rispettivi reparti. In questo caso la scelta concordata, tra il primario e la relativa interfaccia amministrativa, di un particolare tasso di ammortamento (nell'accezione di valore di sostituzione) si riflette sui risultati economici d'esercizio del singolo reparto;

*10.1.3.3. Definizione dei criteri di ripartizione di eventuali economie.*

10.1.3.3.1. Rivisitazioni delle strutture operative;

Se ottenute in ambito di ristrutturazione di U.O., non sono ammissibili forme di coinvolgimento del personale al reimpiego delle stesse;

10.1.3.3.2. Recuperi di efficienza;

Se ottenute in ambito di recupero di maggiori efficienze e/o economie gestionali all'interno di U.O., sono ammissibili forme di coinvolgimento del personale al reimpiego delle stesse;

*10.1.3.4. Ridefinizione dei criteri di assegnazione dell'incentivazione;*

Si ritiene che la direzione dell'U.S.L. debba individuare adeguate forme di ripartizione delle diverse forme di incentivazione che:  
facciano convergere:

- a) una maggior attenzione alle problematiche di qualità ed economicità gestionale dell'intera struttura sanitaria con
- b) l'interesse dei singoli operatori, prevedendo forme di incentivazione:
  - a livello di singola retribuzione;
  - a livello di "premi di qualità" per lo standard di servizio reso dalla singola U.O.;

- a livello di: dotazione patrimoniale, corsi di aggiornamento e/o formazione professionale per singola U.O.;

- siano più incisive nel costituire un assetto concorrenziale tra gli organici;

siano cautelative a fronte di possibili forme indotte di aumento della domanda sanitaria;

- siano più incisive nel costituire un assetto concorrenziale tra offerta sanitaria ospedaliera centralizzata e territoriale decentralizzata;

## **10.2. Su base triennale**

### **10.2.1. Incrementi dei livelli qualitativi dei servizi di assistenza erogati**

#### *10.2.1.1. Maggiori efficienze*

La valutazione sull'operato dell'alta direzione verte su:

- predisposizione di uno strumento informativo che metta la Regione in grado di quantificare e misurare l'offerta sanitaria espressa dalle strutture sia ospedaliere che territoriali;

- recupero di margini di efficienza nel contesto operativo istituzionale sanitario;

## **10.3. Su base pluriennale**

Stante:

a) l'innovazione rappresentata dall'esplicitazione dei criteri di valutazione dei risultati (raggiungimento degli obiettivi) in un sistema fino ad oggi caratterizzato dal solo rispetto di vincoli amministrativi (requisiti formali);

b) l'equilibrio di programmazione che questo P.S.R. vuole reimpostare focalizzando l'attenzione anche agli aspetti di lungo periodo;

c) la scarsa tradizione manageriale formatasi, sia a livello regionale che a livello nazionale, dall'entrata in vigore dell'ultima riforma sanitaria;

l'identificazione dei criteri di valutazione nel lungo periodo, per essere realistica non può che configurarsi a livello di dichiarazione di intenti, rimandando le parti a successive fasi di approfondimento. Vengono di seguito, pertanto, indicate soltanto le aree che si ritiene debbano essere oggetto di successiva valutazione e approfondimento.

### **10.3.1. Tendenze dei livelli sia quantitativi che qualitativi dei servizi di assistenza erogati**

#### *10.3.1.1. Decentramento dell'offerta sanitaria*

#### *10.3.1.2. Programma di riqualificazione e/o formazione professionale*

### **10.3.2. Livello di risposta sviluppato a fronte delle indicazioni fornite dall'osservatorio epidemiologico**

#### *10.3.2.1. Cause di morte*

- contenimento e/o rientro di alcune forme che configurano la Valle d'Aosta in posizione di patologia rispetto ad alcune cause di morte.

#### *10.3.2.2. Morbosità*

- contenimento e/o rientro di alcune forme che configurano la Valle d'Aosta in posizione di patologia rispetto ad alcune cause di morbosità.