

## **L'esperienza italiana in risposta alla Tallinn Charter**

### **Valutazione della performance, risposta alla crisi finanziaria e leadership multisettoriale per il miglioramento della salute.**

*a cura di Fabrizio Carinci\*, Fulvio Moirano\*\*, Francesco Di Stanislao\*\*\*, Gianni Caracci°  
e del Gruppo delle Regioni per l'implementazione della Carta di Tallinn*

*\*Membro del Gruppo di lavoro WHO Europe per l'implementazione della Tallinn Charter*

*\*\*Direttore Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*

*\*\*\*Università Politecnica delle Marche, Consulente Esperto Agenas*

*°Dirigente sezione Qualità e Accreditamento Agenas*

Negli ultimi anni si sono registrati notevoli sviluppi coerenti con le indicazioni e gli impegni della Tallinn Charter (Allegato 2) in un contesto decentrato quale quello italiano. Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 include per esteso la Charter come il più solido riferimento internazionale alla base dell'identificazione degli obiettivi primari del sistema. Numerose Regioni italiane hanno sviluppato politiche sanitarie e sistemi di misurazione della performance di notevole rilievo, sulla base dei quali è possibile attivare cicli di miglioramento continuo. Nell'ambito del *follow-up* dell'implementazione della Tallinn Charter, si è organizzata una riunione nazionale, presso la sede Agenas, il 7 e l'8 febbraio 2011, con le Regioni italiane, in collaborazione tra Agenas, Oms Europa e Ministero della salute.

La riunione è stata strutturata come *brainstorming* basato su materiali di supporto che comprendevano un estratto dal questionario Oms Europa, particolarmente mirato a esplorare il tema della valutazione della performance.

Il colloquio con 17 Regioni e la Provincia Autonoma di Trento ha evidenziato la presenza di numerose esperienze di rilievo, diversamente presenti sul territorio nazionale e sostanzialmente eterogenee.

Sulla base delle risposte ricevute, l'adozione dei sistemi di valutazione della performance appare così ripartita: 2 regioni (20%) hanno adottato sistemi di indicatori incrociati secondo un modello di *Balanced Scorecard* (BSC) altre 2 regioni (20%) sistemi misti in grado di confrontare specifici livelli di governance e infine 6 regioni (60%) sistemi strutturati di valutazione multidimensionale.

Le caratteristiche organizzative e la capacità di uso dei risultati per le politiche sanitarie appaiono variamente distribuite sul territorio. In Italia, nonostante varie iniziative e progetti raccolgano dati utili a valutare l'implementazione della Charter, un unico sistema di indicatori consente di coprire l'intero territorio nazionale in maniera completa e omogenea: quello dei Livelli essenziali di assistenza.

Negli ultimi anni, si è assistito a un serrato confronto sulla componente economica che però va ampliato su tutti gli assi interpretativi della Charter, garantendo una maggiore interrelazione dialettica tra le parti in causa. La mancanza di uno schema concettuale di riferimento rende difficile valutare, ovvero andare oltre il semplice confronto tra indicatori, condividendo scelte e definizioni in grado di rappresentare maggiormente le istanze comuni.

In Italia, le esperienze di applicazione pratica dei principi della Charter sono rilevanti e spesso collegate a meccanismi di misurazione e valutazione della performance.

L'invito a passare dai valori alle azioni formulato nella Carta pone difficoltà di contenuto più

strettamente operativo che culturale. La capacità di decidere sulla base di evidenze, in un contesto in rapida evoluzione quale quello italiano, appare ancora generalmente poco diffusa.

L'istituzione di una roadmap nazionale per la valutazione sistematica della performance può costituire un aspetto strategico in grado di superare le attuali difficoltà e costruire un robusto modello di riferimento internazionale per l'implementazione della Tallinn Charter.

#### **GRUPPO DELLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTA DI TALLINN**

**Le schede regionali sono riportate in fondo all'articolo.**

**Abruzzo** - Rossano Di Luzio - Servizio Programmazione Sanitaria

**Basilicata** - Giuseppe Montagano - Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi

**Calabria** - Bruno Zito - Settore Affari Generali

**Campania** - Giuseppe Carillo - Amministrazione e Contabilità

**Emilia Romagna** - Marco Biocca - Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna

**Friuli Venezia Giulia** - Alessia Clochiatti - Direzione Salute

**Liguria** - Francesco Copello - Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria

**Lombardia** - Carlo Corti - Progetti Internazionali

**Marche** - Alberto Deales - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

**Molise** - Sandra Scarlatelli - Responsabile del Servizio Ospedalità Pubblica e Privata

**Piemonte** - Emanuele Ruffino - Gestione Economico Finanziaria

**Puglia** - Vincenzo Pomo - Agenzia Sanitaria Regionale (ARES)

**Sicilia** - Giuseppe Murolo - Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

**Toscana** - Sabina Nuti - Laboratorio di Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna

**P.A. Trento** - Carlo Trentini - Servizio economia e programmazione sanitaria

**Umbria** - Paola Casucci - Servizio Sistema Informativo e Mobilità sanitaria

**Valle d'Aosta** - Patrizia Vittori - Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali

**Veneto** - Massimo Mirandola - Centro per la Promozione Sanitaria

## LA TALLINN CHARTER

La “Tallinn Charter: Health Systems, Health and Wealth”<sup>1</sup> è stata adottata dagli Stati Membri della Regione Oms Europa come guida e supporto strategico per il rafforzamento dei sistemi sanitari (58<sup>a</sup> riunione del Comitato Europeo, risoluzione EUR/RC58/R4). La Charter specifica che **“i sistemi sanitari devono dimostrare una buona performance” e impegna gli Stati Membri a “promuovere la trasparenza e rendere conto della performance del sistema sanitario nel raggiungimento di risultati misurabili”**. Allo stesso tempo, impegna l’Oms a *“...provvedere al coordinamento dell’implementazione della Charter, inclusa la misurazione della performance e lo scambio di esperienze”*. Secondo la stessa linea, si urgono gli Stati Membri ad *“assicurare la produzione sistematica e l’uso della valutazione di performance dei sistemi sanitari, nonché di altre informazioni (epidemiologia, economia, ecc.) e di tutta l’evidenza disponibile, nell’ambito dei processi decisionali”*. Compito della segreteria Oms è di facilitare l’ulteriore sviluppo di strumenti di valutazione, indicatori di performance, e standard minimi atti a supportare l’azione.

Più recentemente, la Risoluzione Oms EUR/RC60/R5<sup>2</sup> ha adottato la proposta del Direttore Regionale per una nuova politica sanitaria Europea, denominata ‘Health 2020’, che presenta una rinnovata attenzione alla sanità pubblica. In tal modo si è demarcata una linea di continuità con i principi sottesi dalla Tallinn Charter, in modo da elaborare e rendere maggiormente operativo il concetto di sistema sanitario nell’ambito di una più esplicita attenzione alla sanità pubblica.

### **La Tallinn Charter: dai valori alle azioni.**

Durante la prima Conferenza post Tallinn del febbraio 2009, gli Stati Membri Oms Europa hanno richiesto il supporto dell’Ufficio Europeo per sostenere gli sforzi di implementazione della Tallinn Charter, incluso lo sviluppo di un’infrastruttura atta a consentire il confronto della performance dei sistemi sanitari tra gruppi di paesi confrontabili, migliorando i processi di valutazione e sviluppando meccanismi per la cooperazione internazionale e il *benchmarking* delle riforme nei sistemi sanitari. Il numero di paesi in cui tale lavoro avrà luogo aumenterà nel corso del periodo 2010-11.

La Risoluzione EUR/RC58/R4 richiede, tra le altre cose, che il Direttore Regionale rapporti tale attività al Comitato Regionale nel 2011 con un “*Rapporto Intermedio*”, e quindi con un “*Rapporto Finale*” nel 2015, che conterrà informazioni rilevanti circa il supporto dell’Ufficio Regionale Europa e il progresso svolto dagli Stati Membri successivamente alla Conferenza Ministeriale Oms sui Sistemi Sanitari tenuta a Tallinn nel 2008.

Il primo draft del Rapporto Intermedio è stato presentato alla Conferenza Ministeriale a La Vella, Andorra nei giorni 9 e 11 marzo 2011\*.

\* World Health Organization, Regional Office For Europe. First meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials. Andorra la Vella, Andorra 9–11 March 2011.

Al fine di supportare l'analisi delle esperienze internazionali, Oms Europa ha nominato un "Working Group" avente come specifico compito la produzione del "Rapporto Intermedio sull'Implementazione della Tallinn Charter", che prevedeva i seguenti capitoli:

- *Introduzione e presentazione generale*
- *Implementazione degli impegni della Charter*
- *Misurazione della performance dei Sistemi Sanitari*
- *Sostegno ad equità, solidarietà, e miglioramento della salute nel contesto di crisi finanziaria*
- *Miglioramento della performance attraverso la leadership multisettoriale per la crescita della salute*
- *Progresso svolto e prospettive future per l'implementazione della Charter.*

I prodotti attesi da questa attività hanno fornito il materiale di lavoro per i dibattiti e gli incontri sviluppati nella Conferenza Ministeriale di Andorra.

Al fine di garantire una raccolta di informazioni standardizzate sulle attività post-Tallinn svolte in Europa, Oms Europa con il supporto del Gruppo di lavoro ha predisposto un questionario apposito, che è stato distribuito ai Ministeri della salute degli Stati Membri nel mese di gennaio 2011.

Le domande, concernenti aspetti legati alle attività svolte in coerenza con la Charter e in risposta alla crisi finanziaria, hanno come obiettivo fornire descrizioni ed evidenze circa la rispondenza delle azioni intraprese in diversi contesti internazionali.

### **Lo scenario italiano e la Tallinn Charter\***

Alla stipula della Charter, il livello insostenibile e la variabilità della spesa sanitaria in Italia rappresentava già un problema rilevante precedente alla crisi finanziaria. La partecipazione attiva dell'Italia al processo di Tallinn corrispondeva al bisogno di identificare e scambiare buone pratiche su miglioramento dell'efficienza e relazione tra salute e benessere economico.

Dal 2008 ad oggi, le procedure di rientro dal deficit sanitario (i Piani di rientro) sono state estese dalle sette regioni originariamente coinvolte a un totale di dieci, delle quali cinque hanno avuto i propri poteri sospesi dal livello centrale attraverso l'istituzione di commissari, il cui ruolo preminente è disegnare e realizzare piani operativi cogenti rispetto alle necessità attuali in materia finanziaria. Finora, solo una Regione, la Liguria, è riuscita a completare con successo questo percorso.

Il deficit sanitario ha raggiunto livelli drammatici, in una situazione aggravata dalla crisi e dai suoi effetti a livello di interi settori dell'economia locale. Conseguentemente, il Ministero delle finanze e il Ministero della salute hanno intensificato notevolmente tutte le procedure atte a monitorare le funzioni di sistema, soprattutto nelle regioni in piano di rientro. Sono stati imposti una serie di obblighi a strettissima scadenza, al fine di assicurare il mantenimento dei Livelli essenziali di assistenza.

\* Le caratteristiche del sistema italiano sono state descritte in un volume edito dal CCM che ha accompagnato la partecipazione della delegazione italiana alla Conferenza di Tallinn<sup>3</sup>.

Tra le azioni richieste con urgenza figurano l'uso di un insieme comune di indicatori, il raggiungimento di obiettivi di salute ed economici e una maggiore capacità di mantenere sistemi informativi robusti e completi su base continuativa.

In tale contesto, i cosiddetti "indicatori Lea" sono particolarmente rilevanti, in quanto includono aspetti che riguardano la prevenzione, l'assistenza territoriale, l'assistenza per acuti, gli esiti, lo stato di salute. Deviazioni sostanziali da una lista di obiettivi concordati vengono associate ad un abbattimento del finanziamento alle regioni, o penalità imposte sulle regioni in piano di rientro. Lo stesso sistema di monitoraggio, seppure in maniera meno stringente, si applica anche alle regioni "virtuose".

In questo scenario, la Tallinn Charter rappresenta un riferimento quanto mai rilevante per il livello centrale. L'Italia ha partecipato a tutto il processo preparatorio di Tallinn, ospitando anche un meeting internazionale a Roma. Due meeting nazionali di follow-up della Conferenza di Tallinn sono stati organizzati, in collaborazione con le Regioni: Venezia (2008) e Firenze (2009).

Nel meeting di Firenze si è concordato che uno specifico elemento del piano di implementazione italiano sarebbe stato includere espliciti riferimenti alla Charter nei Piani sanitari.

Coerentemente con questo impegno, la nuova bozza del Piano sanitario nazionale 2011-2013 presentata a novembre 2010<sup>4</sup> dedica un'intera pagina a principi e impegni della Tallinn Charter nell'ambito delle strategie internazionali. Il Piano dichiara che, attraverso la piena adozione della visione della Charter, il Sistema sanitario nazionale sarà "usato come una vera risorsa per lo sviluppo socio-economico sostenibile e continuo, nel più ampio contesto di cooperazione internazionale".

Parallelamente a queste attività, il Ministero della salute italiano ha supportato l'attività di valutazione in vari modi, attraverso l'istituzione e il rafforzamento Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). Il SiVeAS<sup>5</sup> ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

Tra le linee di attività del SiVeAS, figurano lo sviluppo di un "modello di valutazione dei sistemi sanitari regionali" e la "valutazione degli esiti dei trattamenti", tra cui il Programma nazionale esiti.

L'interesse riscontrato dall'Oms per le esperienze italiane, in particolare per il ruolo delle Regioni e l'organizzazione decentrata del sistema sanitario, fornisce un'importante occasione di inserire le attuali iniziative italiane nel campo della misurazione della performance internazionale.

Al fine di presentare nella maniera più completa e condivisa possibile le attività delle Regioni italiane, Agenas, in collaborazione con il Ministero della salute, ha inteso organizzare un incontro nazionale a supporto del rapporto Oms Europa, avente come tema: **"Valutazione della Performance, risposta alla crisi finanziaria e leadership multisettoriale per il miglioramento della salute: l'esperienza italiana in risposta alla Tallinn Charter"**.

Gli obiettivi dell'incontro sono i seguenti:

- *fornire informazioni sulle attività di Oms Europa relative all'implementazione della Tallinn Charter*
- *riassumere in maniera concertata e mirata lo stato dell'arte delle esperienze di*

*valutazione della performance in Italia*

- *supportare il Ministero della salute nella redazione dei questionari Who Europe per il Rapporto Intermedio sull'implementazione della Tallinn Charter*

## **MATERIALI E METODI**

L'incontro, suddiviso in una serie di riunioni separate con diverse Regioni, si è tenuto il 7-8 febbraio 2011 presso la sede Agenas di Roma. Per ogni riunione si è scelta una durata complessiva pari a due ore, coordinate da un membro del Gruppo di lavoro Oms e da referenti Agenas dell'area della valutazione del sistema sanitario nazionale.

L'agenda dei lavori prevedeva i seguenti punti:

- introduzione;
- presentazione introduttiva: "Tallinn Charter e Rapporto Intermedio";
- l'ipotesi di lavoro Agenas-Ministero della salute sulla valutazione della performance;
- brainstorming aperto tra Regioni e Agenas;
- analisi condivisa di 6 domande tratte da questionario, seguite da risposte e scrittura collaborativa di note riassuntive;
- discussione e scrittura condivisa delle note conclusive.

Al fine di garantire la più ampia partecipazione, la sede Agenas ha istituito una segreteria speciale, che, nelle due settimane precedenti l'incontro, ha invitato tutte le regioni e province autonome, distribuendo obiettivi, agenda dei lavori, informazioni concernenti lo scopo generale dell'attività Oms, e la traduzione del questionario Oms distribuito a tutti i Ministeri della salute della Regione europea per supportare la preparazione del rapporto ad interim sull'implementazione della Tallinn Charter (**Allegato 1**).

In rappresentanza di ogni Regione, si è chiesta la disponibilità a partecipare di un rappresentante tecnico, secondo criteri di rilevanza rispetto agli argomenti.

La descrizione delle esperienze regionali è stata effettuata sulla base di domande estratte dal questionario Oms maggiormente focalizzate sulla valutazione della performance.

Nella vostra Regione, nel periodo 2009-2010...

1. Quali sono stati i principali interventi di politica sanitaria? Cosa è stato fatto per misurarne gli effetti?
2. È stato adottato un sistema di valutazione sistematica e regolare che include funzioni/dimensioni richiamate dalla Tallinn Charter?
3. Quali *stakeholder* sono stati coinvolti nella valutazione? In quale fase del processo di valutazione (scelta dei metodi, analisi, pubblicazione, revisione critica)?
4. Sono stati prodotti rapporti di valutazione ufficiali oggi pubblicamente disponibili?
5. È stata istituita o rafforzata una unità con responsabilità precise di valutazione della performance e analisi delle politiche sanitarie?
6. In che maniera sono utilizzate le evidenze dei risultati ottenuti per l'adozione di nuove politiche sanitarie?

## **RISULTATI**

***Le schede regionali che raccolgono e descrivono nel dettaglio i risultati ottenuti da questa indagine sono riportate in fondo all'articolo.***

L'incontro ha visto la partecipazione di 11 Regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto) e la Provincia Autonoma di Trento. Altre 6 (Abruzzo, Emilia Romagna, Marche, Piemonte, Sicilia, Toscana) hanno dato disponibilità a interviste telefoniche che sono state condotte dal membro del Gruppo di lavoro Oms Europa nella giornata del 9 febbraio. Non hanno risposto in alcun modo Lazio, Provincia Autonoma di Bolzano e Sardegna.

La raccolta di queste esperienze ha consentito di produrre materiale documentale per ***l'Interim report on implementation of the Tallinn Charter.***

I principali risultati emersi dall'incontro, riassunti nelle sezioni seguenti ordinate per risposta alle domande presentate, forniscono un'utile fotografia dello stato dell'arte di quanto svolto in coerenza con la Tallinn Charter in Italia.

### **Principali interventi di politica sanitaria**

Le politiche sanitarie attuate dalle Regioni italiane nel biennio 2009-2010 hanno proseguito nelle linee strategiche delineate sin dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (1978) e ancora del tutto sovrapponibili ai primi 6 punti della Carta di Tallinn (es. spostamento dell'asse assistenziale dal macrolivello ospedaliero a quello territoriale per far fronte alla forte prevalenza della cronicità, ecc.) con una particolare attenzione rivolta al contenimento dei costi.

Le azioni principali includono:

- a) accorpamento delle Asl (aree vaste, zone territoriali, ecc.) realizzato per ridurre i costi amministrativi e di logistica e facilitare la costruzione di reti integrate di servizi;
- b) rafforzamento delle politiche di integrazione sanitaria e socio-sanitaria: continuità assistenziale ospedale-territorio, sviluppo dei regimi di assistenza territoriale (assistenza domiciliare integrata, semiresidenzialità, residenzialità), politiche di screening e prevenzione;
- c) rimodellamento della funzione ospedaliera attraverso lo sviluppo dei regimi alternativi al ricovero ordinario (Day hospital, Day surgery, Day service, ecc.), dei modelli organizzativi per cure progressive, delle reti hub-spoke, della progressiva riduzione dei posti letto per acuti, ecc.;
- d) riconversione dei piccoli ospedali in strutture "intermedie" per una maggiore integrazione delle politiche territoriali;
- e) politiche di contrasto dell'inappropriatezza nelle sue varie dimensioni: inappropriatezza di utilizzo dei regimi di assistenza (es.: ricoveri ordinari inappropriati, degenze lunghe e in eccesso, eccesso di riammissioni ospedaliere) attraverso il riordino di cui ai precedenti punti a)d), inappropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche attraverso la diffusione delle logiche della EMB (Linee guida, PDTA-percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali; disease management) e dell'HTA, concordate

con i professionisti (medici specialisti e medici di medicina generale);

f) ottimizzazione dell'accesso (rete emergenza) e riduzione delle liste di attesa.

Nell'ambito della pianificazione sistemica, si riscontra una notevole corrispondenza ai temi della Charter nelle linee di sviluppo della Valle d'Aosta (Piano Salute e Benessere Sociale 2011-2013)<sup>6</sup>. Il Piano è infatti interamente costruito sui principi e valori della Tallinn Charter, sviluppandosi sugli assi dell'equità, qualità, alleanze, semplificazione, competenze, salute e benessere, ambito attore del bisogno, tutela fragilità.

## Sistemi di valutazione delle Regioni italiane

La misurazione della performance è un area in crescente sviluppo nelle regioni italiane già da alcuni anni<sup>7</sup>. La presenza di un sistema di valutazione della performance si verifica nel 56% dei casi (10 regioni sulle 18 intervistate). In tutti i casi, tali sistemi sono prevalentemente applicati per valutare i risultati ottenuti dai livelli direzionali.

Il maggiore fattore discriminante per la presenza di un sistema di valutazione del servizio sanitario regionale risulta essere il coinvolgimento della regione in un piano di rientro. In tali circostanze, infatti, la valutazione è guidata da fattori esterni controllati direttamente dal livello centrale, prevalentemente basati sul monitoraggio degli indicatori Lea e su obiettivi di risultato economico.

Pur esistendo una naturale correlazione tra piano di rientro e capacità organizzativa autonoma della regione – alla quale in genere corrisponde una minore propensione all'adozione di un sistema di valutazione multidimensionale – diverse regioni riportano esperienze embrionali interrotte al momento dell'ingresso nel piano di rientro. Da ciò è possibile desumere che gli aspetti procedurali connessi ai piani operativi abbiano in molti casi sostituito i sistemi allo studio, costituendo di fatto un nuovo sistema di riferimento per la valutazione della governance regionale.

Le descrizioni raccolte dalle regioni sottoposte ai piani di rientro evidenziano che tali sistemi, al momento, rappresentano un'evoluzione dettata da azioni necessarie e urgenti, convergenti ma ancora non pienamente aderenti alla logica sistemica della Tallinn Charter.

Sulla base delle risposte ricevute, l'adozione dei sistemi di valutazione della performance, ove esistenti, appare così ripartita:

- 2 regioni (20%) usano un sistema di indicatori incrociati secondo una *Balanced Scorecard* (BSC);
- 2 regioni (20%) adottano sistemi misti, in fase di evoluzione a supporto del confronto tra i diversi livelli di governance;
- 6 regioni (60%) utilizzano un sistema strutturato di valutazione multidimensionale.

Nell'ambito del primo tipo, la Regione **Basilicata** adotta una forma di BSC, tradotta in un documento che include strategie e obiettivi in termini di salute, prevenzione, area territoriale, soddisfazione dei cittadini. Il sistema consente di analizzare gli indicatori pesati per aree, con un risultato valutato sulle aziende. La Regione **Liguria** produce un insieme di indicatori di efficacia, efficienza, appropriatezza, che vengono costantemente monitorati, sulla base dei quali viene costruita una BSC che consente la valutazione dei professionisti e dei livelli organizzativi. Il sistema comprende un sofisticato metodo di stratificazione del rischio clinico sviluppato internamente, basato sugli APR-DRG. In questo modo è risultato possibile associare ad ogni cittadino-utente un profilo basato sulla severità e complessità

dell'intervento, nonché un consumo medio, sulla base del quale vengono analizzate e programmate le strategie del sistema sanitario regionale.

Nell'ambito del secondo gruppo di sistemi, la **Lombardia** adotta da molti anni un sistema multidimensionale di valutazione della qualità basato su tre percorsi: la valutazione ex ante, facendo ricorso ai metodi sviluppati in collaborazione con la *Joint Commission International*; la valutazione ex post, sia di esiti (metodologia Università Bicocca) sia di soddisfazione dell'utenza; infine la valutazione dei Direttori Generali attraverso l'indicazione di obiettivi e di indicatori che misurano il livello dei raggiungimenti degli obiettivi stessi. Tale metodo ha consentito di seguire gli andamenti delle Aziende sanitarie e valutare le trasformazioni del sistema attraverso il suo costante monitoraggio. Attualmente, la Regione sta raffinando questo sistema, che sta evolvendo verso un sistema di valutazione con ulteriori dimensioni a supporto delle politiche di sviluppo di Asl e Aziende ospedaliere.

Più diversificata e complessa appare l'esperienza dell'**Emilia Romagna**, che valuta il sistema per dimensioni e livelli organizzativi. Nel corso degli anni, la Regione si è caratterizzata per il particolare impegno delle reti professionali nella valutazione dei percorsi clinici e dell'Health Technology Assessment (HTA), dove da tempo si effettua un *horizon scanning* rivolto sia all'interno sia all'esterno, ovvero su base regionale nazionale e internazionale. La maggiore procedura di valutazione avviene su base annuale e coinvolge tutti i direttori di Asl e Aziende ospedaliere, con un obbligo esplicito a produrre un rapporto dei risultati. Si tratta pertanto di un meccanismo di valutazione condivisa e trasparente, attuata di concerto con i livelli centrali della governance regionale, basata sul momento di confronto annuale, ovvero all'atto di consegna di un rapporto annuale e del cosiddetto "bilancio di missione", che risulta particolarmente correlato ai temi sistemici promossi dalla Tallinn Charter<sup>8</sup>.

Nell'ambito dei sistemi strutturati di valutazione multidimensionale, spicca l'esperienza della Regione **Toscana**, che ha attivato a partire dall'anno 2000 un sistema di valutazione appositamente sviluppato per rispondere alle strategie di rinnovamento del management in sanità che vedono la salute come volano di benessere economico<sup>9</sup>. Il sistema, basato su 130 indicatori specificamente prescelti per valutare i risultati assegnati ai livelli direttivi, include un caratteristico approccio visuale teso a riassumere i risultati sotto forma di bersaglio. Sono comprese le dimensioni di esiti, strategie regionali, appropriatezza, livello di soddisfazione dei consumatori e del personale, obiettivi economici. Anche se alcuni punti metodologici (considerazione dell'incertezza, validazione e generalizzabilità del metodo) e tecnologici (sistema brevettato) costituiscono oggi un vigoroso argomento di dibattito di settore in Italia, non c'è dubbio che l'esperienza toscana costituisca oggi un importante punto di riferimento sulle strategie di risposta operativa alla Tallinn Charter in Italia, verso una maggiore *accountability* e trasparenza delle politiche sanitarie. Mentre il sistema toscano continua a essere applicato in maniera flessibile nel suo ambito originario, se ne è realizzata una versione "ridotta" basata su 80 indicatori, che oggi coinvolge un network di otto regioni e province autonome. Tra queste, Liguria e Basilicata (vedi sopra) adottano i loro sistemi e utilizzano il sistema della Toscana solo come riferimento interregionale per il *benchmarking*. **Piemonte, Marche, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento** hanno dichiarato di essere in una fase di adozione sperimentale. L'**Umbria** è la sola Regione ad aver dichiarato esplicitamente l'utilizzo del sistema toscano come riferimento ufficiale e vincolante rispetto alla verifica degli obiettivi di sistema. Recentemente, un progetto sperimentale sostenuto dal Ministero della salute ha consentito di produrre risultati nazionali del modello toscano basati su N=34 indicatori.

Le attività di valutazione nelle regioni che hanno esplicitamente dichiarato di non avere un sistema di valutazione corrente sono comunque di rilievo e in fase crescente.

La **Puglia** produce un insieme variegato di indicatori per l'analisi direzionale ad uso dei professionisti, i quali stanno evolvendo verso un proprio sistema di valutazione. Attualmente il sistema include gli indicatori Lea, il monitoraggio dei tempi di attesa, l'audit civico, la valutazione della spesa farmaceutica in medicina generale, il profilo di prescrizione dei medici di medicina generale.

Il **Veneto** elabora un insieme di indicatori di efficacia, accesso e sicurezza, che considerano trasversalmente i livelli di equità. Il metodo utilizzato per valutare l'attività ospedaliera è quello della Agency for healthcare research and quality (AHRQ), conveniente per l'alto livello di comparabilità dei risultati ottenuti. Il sistema di indicatori prevede anche la raccolta dei dati sulla soddisfazione degli utenti dimessi da ospedali per acuti e delle cure primarie, che vengono analizzati usando metodi scientificamente validati.

Il **Friuli Venezia Giulia** si è contraddistinto negli anni per essere all'avanguardia nell'uso dei sistemi informativi, organizzati e accessibili in maniera strutturata per la produzione regolare di rapporti regionali. Negli ultimi anni, a causa di una ristrutturazione mirata al contenimento della spesa, tali linee di produzione hanno subito un brusco rallentamento e sono attualmente oggetto di riorganizzazione interna.

Nelle restanti regioni sottoposte a piano di rientro, ovvero **Abruzzo, Calabria, Campania, Molise e Sicilia**, il sistema di indicatori e adempimenti Lea costituisce il riferimento centrale di ogni procedura di valutazione, divenuta particolarmente stringente in queste regioni sia in termini assoluti (entità dell'intervento) sia per la tempistica della verifica di tutte le politiche sanitarie intraprese.

### **Coinvolgimento degli stakeholder nei processi di valutazione**

A livello di coinvolgimento nella valutazione dei portatori di interesse (*stakeholder*), le regioni appaiono nettamente orientate verso i livelli direttivi e le reti dei professionisti, con un coinvolgimento marginale dei settori trasversali e dei cittadini.

Nel 39% dei casi 7 regioni, comprendenti quelle impegnate nei Piani di rientro, il coinvolgimento appare poco strutturato (Basilicata, Liguria, Friuli), verticistico (Abruzzo, Molise) e talora episodico (Calabria, Campania). In maniera progressiva e ancora frammentaria, si stanno avviando nuovi gruppi di lavoro e iniziative specifiche di coinvolgimento dei cittadini (audit civico).

Il coinvolgimento dei professionisti appare articolato e chiaramente strutturato in 4 regioni (22%; Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria). In questi casi, esistono procedure di autovalutazione e confronto concertato con il governo regionale, all'interno di un sistema di valutazione dei Direttori Generali e delle aziende che si basa sulla verifica della performance attraverso meccanismi formali. Nonostante l'applicazione di metodi avanzati particolarmente sofisticati per la valutazione delle fasce direttive, in questo gruppo di regioni territorialmente contigue non viene ancora adottato nessun meccanismo routinario per la valutazione concertata intersettoriale con utenti, cittadini, ecc.

Il restante gruppo di 6 regioni (39%), comprendenti Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto, più la Provincia Autonoma di Trento, dichiara di disporre di procedure di valutazione concertate con professionisti e cittadinanza. In questo gruppo la valutazione condivisa tra professionisti pare ancora poco focalizzata e meno formalmente agganciata alle

politiche sanitarie, mentre il coinvolgimento dei cittadini è in fase sperimentale (audit civico, forum utenti, comitati di partecipazione).

Il Friuli Venezia Giulia non riporta l'esistenza di meccanismi di coinvolgimento degli *stakeholder*.

### **Pubblicazione dei rapporti di valutazione**

La pubblicazione trasparente di rapporti di valutazione integrati appare uno dei punti meno sviluppati dalle regioni italiane dal punto di vista sistemico e multidimensionale. Sono disponibili rapporti per area, sia a livello ristretto per professionisti, come anche per il pubblico generale. Sono disponibili in generale rapporti statistici commentati su settori specifici (assistenza ospedaliera, spesa farmaceutica, medicina generale) ma appaiono quasi totalmente inesistenti i sistemi moderni e mirati di navigazione presenti in altri paesi. Ove esistenti, i rapporti vengono pubblicati solo in italiano, risultando quindi scarsamente confrontabili e visibili a livello internazionale.

Un totale di 2 regioni (11%; Marche, Piemonte) dichiara l'inesistenza di rapporti di carattere generale di alcun tipo, ad eccezione di valutazioni di specifici problemi (percorsi assistenziali), principalmente derivati come risultati prodotti da un attivo sistema di ricerca epidemiologica.

Un gruppo più ampio di 6 regioni (33%; Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Sicilia) dichiara di produrre rapporti generali di varia natura, ad esempio della produzione ospedaliera o dello stato di salute (atlante sanitario), nella maggior parte dei casi in maniera sporadica e non permanente. In generale, l'ottica di questi rapporti è di output, piuttosto che di outcome, e risulta poco adatta ad una valutazione oggettiva che non sia quella più limitata alla logica puramente economica.

In 6 regioni (Friuli, Liguria, Lombardia, Puglia, Trento, Valle d'Aosta, Veneto) e la Provincia Autonoma di Trento (39%) si riscontra una produzione similmente orientata, ma con orizzonti più ampi e a una frequenza maggiore. Tra queste, il Veneto offre una panoramica più ampia, che include rapporti di efficacia, accesso, sicurezza, equità. Nonostante l'impegno organizzativo, in tutti questi casi la reportistica appare non ancora di carattere sistemico e ha il professionista come unico utente di riferimento.

Nelle restanti 3 regioni (17%; Emilia Romagna, Umbria, Toscana) esistono relazioni annuali che comprendono aspetti multidimensionali. In particolare, in Toscana tutto il sistema di indicatori è disponibile su web sia in forma navigabile sia come rapporto stampato.

### **Unità responsabili della valutazione**

Per quanto riguarda le unità preposte a svolgere attività di valutazione, lo scenario italiano offre un panorama estremamente variegato, legato principalmente agli assetti organizzativi degli organi di governo e/o alla presenza di un'Agenzia sanitaria regionale a supporto tecnico degli apparati istituzionali.

In Italia, la controversa evoluzione delle Agenzie sanitarie ha rappresentato un tratto assolutamente caratteristico dello sviluppo della capacità di analisi e monitoraggio dei servizi sanitari regionali. Nate come braccio tecnologico della programmazione negli anni '90, tali strutture in molti casi hanno costituito un modello da seguire per l'analisi dei servizi sanitari. Oggi tale modello appare in fase calante, come dimostrato dalla recente chiusura della prima Agenzia mai realizzata con successo, quella del Friuli.

In 5 regioni (28%) coinvolte nei piani di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Piemonte) non esiste alcuna unità preposta alla valutazione in senso stretto.

In altre 3 regioni (17%; Liguria, Puglia, Veneto) l'Agenzia sanitaria regionale rappresenta l'unità con specifici compiti di valutazione.

In 5 regioni (Lombardia, Marche, Sicilia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta) e la Provincia Autonoma di Trento (33%) esiste un ufficio specifico all'interno della Direzione Generale della Salute che consente di collegare direttamente in un sistema di governance le funzioni di valutazione e programmazione. In particolare, in tre casi (Marche, Lombardia, Sicilia) il sistema di governo viene esplicitamente menzionato nelle funzioni dell'unità preposta.

In 2 casi (11%; Basilicata, Toscana) la funzione è seguita dalla Direzione Generale della Salute, anche se i compiti tecnici di supporto sono delegati a strutture esterne. In particolare, nella Regione Toscana, un ente accademico (Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna) ha istituito un rapporto particolarmente stretto con la Regione in qualità di ente terzo che si occupa della formazione e della valutazione del sistema sanitario regionale, rafforzato dalla registrazione di un brevetto a doppio nome che copre i diritti per il sistema realizzato oggi trasferito anche ad altre regioni.

In un ultimo caso particolarmente evoluto di governance regionale (Emilia Romagna), i ruoli complessivi della valutazione del sistema sanitario sono suddivisi tra diversi uffici della Regione.

## **Uso delle evidenze per la politica sanitaria**

In Italia, l'uso delle evidenze nelle politiche sanitarie regionali risulta essere ancora frammentario ed eterogeneo, generalmente scarsamente correlato alle decisioni in maniera diretta, secondo schemi e tipologie che appaiono comunque classificabili in quattro diversi approcci.

Un primo gruppo di 6 regioni (33%; Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia) collega i risultati direttamente ai piani di rientro, attenendosi quindi ai target prefissati dalle istituzioni a livello centrale. In questo caso gli obiettivi vengono collegati direttamente ai piani operativi, alla ricerca della convergenza verso i processi di riforma instaurati nelle regioni stesse, in armonia con i programmi di governo che spesso hanno tempi e scadenze strette rispetto agli archi temporali dei piani sanitari regionali.

Per un secondo gruppo di 2 regioni (11%; Piemonte, Valle d'Aosta) le evidenze esistenti, spesso derivate da analisi epidemiologiche, non sono ancora sufficientemente correlate alle politiche sanitarie in senso sistemico.

Ad un terzo livello, ulteriori 2 regioni e Provincia autonoma (17%; Friuli, Marche, Trento) utilizzano le evidenze contro obiettivi, spesso per settori, analizzando gli scostamenti rispetto a performance medie, anche interregionali, per implementare azioni di riorganizzazione, riqualificazione e/o orientamento dei servizi soprattutto di specifici percorsi, al fine di modificare gli assetti in essere sulla base di una documentata consapevolezza tecnica.

Un gruppo di 3 regioni (17%; Basilicata, Veneto, Liguria) utilizza l'evidenza in maniera più diretta e puntuale a partire dai rapporti prodotti, considerando l'efficienza di diversi modelli organizzativi per il riassetto dei servizi, la messa a punto di reti dei professionisti, e la determinazione degli apparati direttivi del sistema sanitario.

La categoria di regioni che utilizza maggiormente le evidenze per le scelte sistemiche è

quella che raggruppa 4 regioni (22%): Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Umbria. In tali contesti, i risultati raggiunti dal sistema vengono usati in maniera dialettica e diretta per orientare le scelte programmatiche. I risultati si agganciano quindi direttamente alla negoziazione con i livelli direttivi. Il buon livello di correlazione raggiunto tra evidenze e decisioni, in queste regioni, è anche frutto di un lavoro pluriennale di messa a punto di basi informative che risultano essere di qualità e completezza mediamente superiore alla media, essendo inoltre specificamente orientate a garantire la governance su base continuativa.

## DISCUSSIONE E CONSIDERAZIONI

Esistono diversi sistemi di indicatori che alimentano variamente prodotti e rapporti informativi, a partire da indagini epidemiologiche su base di popolazione, esito, appropriatezza, accesso, economiche, indagini sulla soddisfazione dei consumatori.

Le regioni in piano di rientro sono focalizzate su target soprattutto di output, direttamente connesse alla funzione finanziaria. L'effetto della crisi è direttamente qualificabile in una caduta di "tensione" degli assi informativi della salute e della rispondenza, a vantaggio degli aspetti di efficienza organizzativa ed economica.

Per le regioni che mantengono un equilibrio finanziario, esistono diversi approcci che comprendono l'uso della BSC, meccanismi di concertazione e verifica quali il "bilancio di missione", per passare ad analisi meno sistemiche quali quelle sui percorsi clinici. Nei casi più evoluti, esistono sistemi di valutazione multidimensionali che consentono di confrontare trasversalmente più aspetti in maniera ottimale.

I rapporti prodotti sono spesso ad uso interno e per reti di professionisti, soprattutto nella versione più informativa e quindi potenzialmente più utile. Solo in alcune regioni tali rapporti sono predisposti in maniera fruibile per diverse classi di utenti, condizionando quindi il loro pieno utilizzo e determinandone la rapida obsolescenza. In nessun caso si riscontrano pubblicazioni o siti navigabili anche in lingua inglese, a detrimento di comparabilità e scambio di buone pratiche a livello internazionale, offrendo quindi una minore trasparenza nei confronti degli stranieri.

Il problema principale riscontrato dal dibattito con le Regioni sembra coprire due concetti critici che spesso appaiono sfumati e potenzialmente ambigui:

- *la differenza tra analisi e valutazione;*
- *il coinvolgimento degli stakeholder nei processi di valutazione.*

Infatti, il processo di valutazione sottinteso dalla Tallinn Charter serve a collegare le analisi con l'uso delle evidenze, attraverso un processo partecipativo che coinvolge tutte le parti in causa ed è costantemente sostenuto dal ruolo di *steward* della regione.

In molti casi, si evince chiaramente che la semplice produzione di analisi si confonde e si sovrappone con il concetto stesso di valutazione. Il coinvolgimento degli *stakeholder* in questo contesto non sembra essere ancora riconosciuto come parte attiva nell'interpretazione dei risultati, ma come unità statistica da rilevare e misurare, tramite l'indagine sulla soddisfazione dei consumatori o la raccolta dei reclami. Allo stesso tempo, la valutazione dei sistemi sanitari regionali, anche nei casi più evoluti, appare pesantemente orientata verso la verifica del management sanitario, il che rappresenta un fattore riduttivo in un contesto sistemico quale quello della Charter.

Pertanto, sebbene le tendenze degli ultimi anni manifestino un netto progresso verso una

valutazione di sistema, sembra che molto resti da fare sul piano concettuale e programmatico per completare il ciclo della governance regionale. Le unità preposte a svolgere valutazione, dovrebbero stabilire criteri e procedure più chiare a riguardo su come e cosa consegnare ai decisori in termini di evidenza per le politiche sanitarie.

I risultati emersi dal confronto sembrano chiaramente suggerire che la mancanza di chiarezza rispetto a procedure e presa in carico delle responsabilità di valutazione, si associa e si traduce direttamente in processi di decisione ancora poco oggettivi e scarsamente trasparenti.

Il ciclo di miglioramento della programmazione regionale in Italia appare quindi ancora frammentato e in fase di evoluzione. La crisi finanziaria, che ha aperto un forte dibattito su questi temi e ha impresso un'accelerazione tramite l'azione continua di monitoraggio del governo centrale, offre delle opportunità di maggiore coesione dalle quali partire.

Infatti, al centro di questo doppio sistema di governance nazionale-regionale si pongono le interazioni tra Regioni, e tra Regioni e Ministero. In questo ambito si pone come rilevante l'attività di Agenas quale possibile *steward* di riferimento dei rapporti incrociati.

Le Regioni, oggi, hanno un obbligo stringente di risposta agli input nazionali, nei termini di azioni e ritorni informativi sotto forma di rapporti periodici e sistemi di indicatori funzionanti e standardizzati. Varie iniziative e progetti raccolgono dati usati a vario titolo a livello nazionale per il benchmarking sulle aree definite dall'Oms. Ciononostante, il risultato evidente che emerge dalla nostra indagine è che **l'unico sistema di indicatori nazionalmente rilevante, standardizzato, e prodotto su base continuativa resta il sistema di indicatori Lea**, che pure mostra dei limiti nel senso della Tallinn Charter.

**Nello scenario attuale, la Tallinn Charter può offrire la solida ampia base di partenza attraverso cui concordare delle linee guida comuni che rendano possibile un confronto equo tra le Regioni italiane, superando il semplice confronto, *benchmarking*, tra indicatori più o meno concordati, seguendo scelte e definizioni che vadano ben oltre le pratiche e le politiche locali e, infine, usando metodologie i cui dettagli sono compresi e condivisi da tutti gli attori in causa.**

In questo contesto, la collaborazione tra Ministero, Agenas e Regioni italiane si pone come elemento strategico per la definizione di una nuova prospettiva sistemica di valutazione, tradottasi, al momento, nell'individuazione di uno schema concettuale di riferimento (Figura 1). Gli indicatori selezionati verranno sottoposti all'attenzione delle Società scientifiche e associazioni professionali per una loro condivisione. Si prevede, inoltre, un diretto coinvolgimento (anche nella fase di raccolta dati) delle associazioni di rappresentanza dei cittadini per gli indicatori riferiti al criterio Empowerment. Tutti gli indicatori, le modalità di analisi, i modelli di *data dictionary (repository of concepts and algorithms)* verranno, quindi, sottoposti alla preventiva approvazione da parte dei referenti delle Regioni per una loro validazione prima di essere inseriti in un modello interattivo sulle pagine web del Ministero della salute e di Agenas.

**Figura 1- Il modello di monitoraggio della qualità - Ipotesi Ministero della salute - Agenas**

Agenas, a partire dalla metà del 2009, è impegnata, su mandato condiviso con il Ministero della salute e le Regioni, nel coordinamento dello sviluppo di un sistema di monitoraggio della performance della qualità delle prestazioni.

Sulla base dell'analisi della letteratura e delle esperienze internazionali e nazionali è stato condiviso un macromodello fondato su 4 assi di tutela e garanzia del SSN (per ciascun asse è stato fatto corrispondere un criterio MACRO di sintesi) :

- **SALUTE** (tutela salute e garanzia dei livelli di assistenza) => **EFFICACIA**
- **RISORSE** (garanzia buon uso delle risorse economico-finanziarie) => **EFFICIENZA**
- **DIRITTI** (garanzia soddisfazione utenti e partecipazione cittadini) => **EMPOWERMENT**
- **VALORI** (contrastare le disuguaglianze nella salute) => **EQUITÀ**

Per ciascuno degli assi/criteri macro sono stati individuati un insieme di criteri meso e micro.

Criterio macro: **EFFICACIA**

Criteri meso **ACCESSIBILITÀ E FRUIBILITÀ**

Criteri micro: **Disponibilità Servizi; Fruibilità servizi**

Criteri meso **APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI**

Criteri micro: **Livelli di utilizzazione; Volumi procedure alta specializzazione; Appropriately specifici percorsi assistenziali; Controllo del dolore; Gestione rischio clinico - Adozione raccomandazioni**

Criterio meso **ESITI** (*NB – indicatori estrapolati dal Programma Nazionale Esiti*)

Criteri micro: **Complicanze; Riammissioni; Ospedalizzazioni evitabili; Mortalità per procedure; Mortalità per patologie; Prevenzione**

Criterio macro: **EFFICIENZA**

Criterio meso **EFFICIENZA ECONOMICA**

Criteri micro **Equilibrio economico aziendale; Spesa per livelli di assistenza**

Criterio meso **EFFICIENZA ORGANIZZATIVA**

Criteri micro: **Appropriatezza uso regimi assistenza; Appropriately utilizzo risorse umane, strutturali e tecnologiche; Adeguatezza innovazione tecnologica-strutturale – ICT; Soddisfazione operatori**

Criterio macro: **EMPOWERMENT**

Criteri meso: **DIRITTI**

Criteri micro: **Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura; Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza; Cura della relazione con il paziente/cittadino**

Criteri meso: **COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI**

Criteri micro: **Partecipazione dei cittadini; Soddisfazione utenti**

A partire da questi criteri sono stati individuati, in questa prima fase, 237 indicatori totali, così ripartiti: Efficacia (n=126); Efficienza (n=83); Empowerment (n=28). Il criterio Equità verrà esplorato attraverso la lettura di alcuni degli indicatori individuati per i precedenti assi in rapporto alle aree di deprivazione.

## CONCLUSIONI

I principi della Tallinn Charter sono profondamente coerenti con i fondamenti del Servizio sanitario nazionale italiano, basato su copertura universale e meccanismi di governo decentrato in grado di fornire risposte concrete per la salute e il benessere economico della popolazione.

Le esperienze di applicazione pratica dei principi della Charter nei processi di governance sono rilevanti e spesso collegate in maniera strutturale a misurazione e valutazione della performance.

Ciononostante, l'implementazione coerente di tutti gli aspetti in essa contenuti pone difficoltà di diverso tipo, tra cui figura una notevole complessità di interazione tra i livelli del sistema.

In Italia, l'invito a passare dai valori alle azioni formulato nella Charter pone difficoltà di contenuto più strettamente operativo che culturale. Secondo quanto evidenziato da un diretto confronto con le Regioni, il consenso per gli obiettivi della Tallinn Charter è pressoché unanime. Ciononostante, l'implementazione è ostacolata da squilibri strutturali che condizionano fortemente la spinta all'innovazione e la realizzazione dei necessari cicli di miglioramento continuo.

La capacità di decidere sulla base delle evidenze, in un contesto in rapida evoluzione quale quello italiano, appare ancora generalmente poco diffusa al di fuori dell'efficienza economica e organizzativa, ambito in cui l'attenzione è stata massima anche come effetto della crisi finanziaria. Per ampliare gli orizzonti attuali, occorre rafforzare le funzioni di stewardship a tutti i livelli, puntando al miglioramento simultaneo di tutto il sistema e valorizzando le buone pratiche finora evidenziate.

In questo percorso, l'istituzione di una roadmap nazionale per la valutazione sistematica della performance può costituire l'anello strategico che può condurre l'Italia a rappresentare un modello unico di implementazione della Tallinn Charter a governance decentrata.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. WHO Europe, The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Tallinn 2008, disponibile presso: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf). Ultimo accesso 22/2/2011.
2. WHO Resolution, Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region, Moscow, 14 September 2010, disponibile presso: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/122229/RC60\\_eRes5.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/122229/RC60_eRes5.pdf). Ultimo accesso 22/2/2011.
3. Greco D and the CCM Project Management Group, Palumbo F, Arcangeli L, Di Martino MP, La Falce M, Carinci F, Romagnoli C and the DVSS Collaborators, Stewardship and Governance in decentralised health systems: an Italian Case Study, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, Roma, 2008, disponibile presso: [http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/pubblicazioni/Stewardship\\_Tallinn\\_2008.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/pubblicazioni/Stewardship_Tallinn_2008.pdf). Ultimo accesso 22/2/2011.
4. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, Draft, Roma, Novembre 2010, disponibile presso: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf). Ultimo accesso 22/2/2011.
5. SiVeAS - Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria, website ufficiale, disponibile presso: <http://www.salute.gov.it/siveas/siveas.jsp>. Ultimo accesso 22/2/2011.
6. Piano regionale per la Salute e il Benessere Sociale 2011-2013, Regione Valle d'Aosta, disponibile presso: [http://gestionewww.regione.vda.it/gestione/gestione\\_contenuti/allegato.asp?pk\\_allegato=10416,pag.62](http://gestionewww.regione.vda.it/gestione/gestione_contenuti/allegato.asp?pk_allegato=10416,pag.62). Ultimo accesso 22/2/2011.
7. Quaderni Agenas, I sistemi di valutazione dei servizi sanitari, Quaderno di Monitor n.1, Agenas, Roma, Italia, 2008, disponibile presso: [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Quaderno\\_Monitor.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Quaderno_Monitor.pdf). Ultimo accesso 22/2/2011.
8. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Dossier 192/2010, Bologna, 2010, disponibile presso: [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss192/link/doss192.pdf](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss192/link/doss192.pdf). Ultimo accesso 22/2/2011.
9. Frey M, Meneguzzo M, Floriani G (a cura di), La sanità come volano dello sviluppo economico, Edizioni ETS, 2009.

## ALLEGATO 1

### Questionario per le Regioni italiane basato sugli impegni degli Stati Membri della Regione europea per la Tallinn Charter

a cura di Fabrizio Carinci

**Domande (in tutti i casi volti a raccogliere esempi/casi ed innovazioni che le Regioni intendano sottolineare):**

*Indicare nome e dettagli per contatti (e-mail, telefono) dell'autore per eventuali riscontri.*

1. Potreste fornire uno o più esempi di come **la Vostra Regione abbia dato attenzione esplicita ai livelli di equità ed ai bisogni dei gruppi vulnerabili nelle politiche sanitarie**, intraprendendo decisioni specifiche riguardanti l'allocazione delle risorse, o altre azioni rilevanti? Per esempio, ci sono state delle azioni intraprese (o politiche adottate) per fornire servizi mirati a gruppi vulnerabili, ad esempio estendendo le esenzioni da pagamenti/co-pagamenti? Sono state dedicate ulteriori risorse pubbliche a settori particolarmente bisognosi **della Vostra Regione**? Tali meccanismi sono stati accompagnati da misure atte a monitorare/analizzare gli effetti di questi cambiamenti? Altri esempi di azioni guidate da una attenzione all'equità o ai bisogni dei gruppi vulnerabili? *Per ogni esempio fornito, si alleggi una citazione o riferimento a documenti rilevanti, leggi, regolamenti, ecc.*
2. Nel contesto della crisi economica, **il Vostro governo regionale è stato capace di aumentare/sostenere l'investimento** nel sistema sanitario nel periodo 2009-2010? Sono state fatte riforme o innovazioni tali da consentire di raccogliere ulteriori risorse (ad esempio cambi nella tassazione sull'alcool, tabacco, o cibi non salutari), negoziazioni sul budget con le autorità finanziarie, o diversificazioni della contabilità pubblica per il sistema? *Si forniscano adeguate referenze riguardo all'evidenza di questi cambiamenti.*
3. Relativamente alla domanda precedente, quali sono state le **interazioni tra il Vostro Assessorato alla Sanità e il resto del Governo regionale** sulla risposta alla crisi economica? Si è sviluppato un "piano di risposta" nel settore sanitario per mitigare le conseguenze della crisi finanziaria sulla salute? Per esempio, cosa ha fatto il governo regionale per promuovere/sostenere i Livelli essenziali di assistenza? Quali ostacoli o fattori di promozione si possono identificare, incluso il ruolo di diversi settori di governo (ad esempio relativamente al ruolo dell'Assessorato all'Economia rispetto alla crescita della spesa a sostegno del sistema socio-sanitario?)
4. Il **Vostro governo regionale** ha intrapreso espliciti investimenti in altri settori tesi a migliorare la salute, in particolare rispetto ai determinanti sociali? Le politiche dell'**Assessorato con delega in materia di Sanità** hanno giocato un ruolo importante nel promuovere tali azioni? Come? Si è stabilito un meccanismo per monitorare/misurare gli effetti di tali azioni? Si prega di allegare la documentazione rilevante.

5. Cosa è stato fatto per misurare/analizzare/pubblicare in maniera aperta e trasparente gli effetti delle misure di riforma? È possibile fornire una documentazione precisa rispetto all'uso dell'evidenza tratta da specifici studi per informare le scelte di politica sanitaria, o eventuali procedure atte a monitorare la performance su base regolare? *Si fornisca materiale di riferimento (citazioni, collegamenti) atto a dimostrare le azioni intraprese.*
6. Quali passi sono stati intrapresi per istituzionalizzare i meccanismi di valutazione della performance e l'analisi delle politiche sanitarie? Ad esempio, esiste e/o è stata fondata/finanziata/rafforzata l'attività di una unità specifica con responsabilità precise di valutazione della performance e analisi delle politiche sanitarie (tipo unità/centro/istituto per l'"Analisi delle Politiche Sanitarie")? *Si prega di fornire una precisa documentazione a riguardo.*
7. Si è data un'attenzione specifica a **ruoli, diritti, e responsabilità dei cittadini nei confronti della loro salute**? È possibile riportare azioni specifiche, leggi, regolamenti, ecc.? Ci sono esempi specifici di azioni intraprese per rendere servizi e sistemi più rispondenti a bisogno, preferenze ed aspettative dei cittadini? Si sono istituiti meccanismi per monitorare ed analizzare gli effetti di tali cambiamenti? *Si prega di fornire citazioni o collegamenti a riferimenti bibliografici che documentino tali cambiamenti.*
8. Esistono esempi pratici su come il **coinvolgimento degli stakeholder** abbia rappresentato una componente esplicita dello sviluppo di politiche e procedure di implementazione? Sono state effettuate innovazioni particolari? Tale coinvolgimento ha portato a risultati misurabili? *Si prega di fornire una precisa documentazione rispetto a tali cambiamenti.*
9. C'è stato un ruolo esplicito teso a rafforzare lo scambio di buone pratiche e la cooperazione **tra regioni** circa la **pianificazione e l'implementazione di riforme sanitarie a livello nazionale e sub-nazionale** correlati ai processi regionali di sviluppo delle politiche sanitarie? *Si prega di riportare l'evidenza a riguardo (tramite documenti, citazioni, collegamenti).*
10. Avete esempi specifici di come il lavoro dell'**OMS** abbia contribuito agli sforzi di rafforzamento del sistema sanitario? Potete fornire esempi di collaborazione con partners regionali, nazionali ed internazionali che implichino la partecipazione dell'OMS?
11. Cosa è stato fatto negli ultimi due anni per assicurare che **il Sistema Sanitario Regionale** fosse **preparato e capace di rispondere alle crisi**? Come state collaborando sulla implementazione dei Regolamenti Internazionali sulla Salute?
12. Potreste fornire uno o più esempi di come **la Vostra Regione** abbia dato **attenzione esplicita ai livelli di equità ed ai bisogni dei gruppi vulnerabili nelle politiche sanitarie**, intraprendendo decisioni specifiche riguardanti l'allocazione delle risorse, o altre azioni rilevanti? Per esempio, ci sono state delle azioni intraprese (o politiche adottate) per fornire servizi mirati a gruppi vulnerabili, ad esempio estendendo le esenzioni da pagamenti/co-pagamenti? Sono state dedicate ulteriori risorse pubbliche a settori particolarmente bisognosi **della Vostra Regione**? Tali meccanismi sono stati accompagnati da misure atte a monitorare/analizzare gli effetti di questi cambiamenti? Altri esempi di azioni guidate da

un'attenzione all'equità o ai bisogni dei gruppi vulnerabili? *Per ogni esempio fornito, si alleggi una citazione o riferimento a documenti rilevanti, leggi, regolamenti, etc.*

13. Nel contesto della crisi economica, **il Vostro governo regionale è stato capace di aumentare/sostenere l'investimento** nel sistema sanitario nel periodo 2009-2010? Sono state fatte riforme o innovazioni tali da consentire di raccogliere ulteriori risorse (ad esempio cambi nella tassazione sull'alcool, tabacco, o cibi non salutari), negoziazioni sul budget con le autorità finanziarie, o diversificazioni della contabilità pubblica per il sistema? *Si forniscano adeguate referenze riguardo all'evidenza di questi cambiamenti.*
14. Relativamente alla domanda precedente, quali sono state le **interazioni tra il Vostro Assessorato alla Sanità ed il resto del Governo regionale** sulla risposta alla crisi economica? Si è sviluppato un "piano di risposta" nel settore sanitario per mitigare le conseguenze della crisi finanziaria sulla salute? Per esempio, cosa ha fatto il governo regionale per promuovere/sostenere i Livelli Essenziali di Assistenza? Quali ostacoli o fattori di promozione si possono identificare, incluso il ruolo di diversi settori di governo (ad esempio relativamente al ruolo dell'Assessorato all'Economia rispetto alla crescita della spesa a sostegno del sistema socio-sanitario?)
15. Il **Vostro governo regionale** ha intrapreso espliciti investimenti in altri settori tesi a migliorare la salute, in particolare rispetto ai determinanti sociali? Le politiche dell'**Assessorato con delega in materia di Sanità** hanno giocato un ruolo importante nel promuovere tali azioni? Come? Si è stabilito un meccanismo per monitorare/misurare gli effetti di tali azioni? Si prega di allegare la documentazione rilevante.
16. **Cosa è stato fatto per misurare/analizzare/pubblicare in maniera aperta e trasparente gli effetti delle misure di riforma? È possibile fornire una documentazione precisa rispetto all'uso dell'evidenza tratta da specifici studi per informare le scelte di politica sanitaria, o eventuali procedure atte a monitorare la performance su base regolare? Si fornisca materiale di riferimento (citazioni, collegamenti) atto a dimostrare le azioni intraprese.**
17. **Quali passi sono stati intrapresi per istituzionalizzare i meccanismi di valutazione della performance e l'analisi delle politiche sanitarie? Ad esempio, esiste e/o è stata fondata/finanziata/rafforzata l'attività di una unità specifica con responsabilità precise di valutazione della performance e analisi delle politiche sanitarie (tipo unità/centro/istituto per l' "Analisi delle Politiche Sanitarie")? Si prega di fornire una precisa documentazione a riguardo.**
18. Si è data una attenzione specifica a **ruoli, diritti, e responsabilità dei cittadini nei confronti della loro salute**? È possibile riportare azioni specifiche, leggi, regolamenti, etc.? Ci sono esempi specifici di azioni intraprese per rendere servizi e sistemi più rispondenti a bisogno, preferenze ed aspettative dei cittadini? Si sono istituiti meccanismi per monitorare ed analizzare gli effetti di tali cambiamenti? *Si prega di fornire citazioni o collegamenti a riferimenti bibliografici che documentino tali cambiamenti.*
19. Esistono esempi pratici su come il **coinvolgimento degli stakeholder** abbia rappresentato una componente esplicita dello sviluppo di politiche e procedure di implementazione? Sono state effettuate innovazioni particolari? Tale coinvolgimento ha portato a risultati misurabili? *Si prega di fornire una precisa documentazione rispetto a tali cambiamenti.*
20. C'è stato un ruolo esplicito teso a rafforzare lo scambio di buone pratiche e la cooperazione **tra regioni circa la pianificazione e l'implementazione di riforme sanitarie a livello nazionale e sub-nazionale** correlati ai processi regionali di sviluppo delle politiche sanitarie? *Si prega di riportare l'evidenza a riguardo (tramite documenti, citazioni, collegamenti).*
21. Avete esempi specifici di come il lavoro dell'**OMS** abbia contribuito agli sforzi di rafforzamento del sistema sanitario? Potete fornire esempi di collaborazione con partners regionali, nazionali ed internazionali che implicino la partecipazione dell'OMS?
22. Cosa è stato fatto negli ultimi due anni per assicurare che **il Sistema Sanitario Regionale** fosse **preparato e capace di rispondere alle crisi**? Come state collaborando sulla implementazione dei Regolamenti Internazionali sulla Salute?

## ALLEGATO 2

### LA CARTA DI TALLINN: I SISTEMI SANITARI PER LA SALUTE ED IL BENESSERE ECONOMICO

#### Premessa

1. L'obiettivo della presente Carta è impegnare gli Stati Membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a migliorare la salute dei cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, riconoscendo nel contempo le differenze sociali, culturali ed economiche esistenti nell'ambito della Regione. La Carta di Tallinn riafferma e adotta i valori enunciati nelle precedenti carte, convenzioni e dichiarazioni<sup>1</sup>.

2. Nel contesto politico-istituzionale di ogni Paese, un sistema sanitario è l'insieme di tutte le organizzazioni, istituzioni e risorse pubbliche e private il cui mandato è migliorare, mantenere o ripristinare la salute. I sistemi sanitari comprendono sia i servizi alla persona che quelli alla collettività, come anche le attività volte a influenzare politiche e interventi di altri settori nei confronti dei determinanti sociali, ambientali ed economici della salute.

3. Tutti i Paesi della Regione Europea dell'OMS devono far fronte ad importanti sfide sanitarie in un contesto di cambiamenti demografici ed epidemiologici, crescenti disparità socio-economiche, risorse limitate, sviluppo tecnologico e aumento delle aspettative.

4. Oltre al suo valore intrinseco, un migliore stato di salute concorre al benessere sociale grazie al suo impatto sullo sviluppo economico, la competitività e la produttività. Sistemi sanitari altamente efficienti contribuiscono a creare sviluppo e benessere economico.

5. Pertanto noi, gli Stati Membri e i Partner, riteniamo<sup>2</sup> che:

- investire in salute significa investire nello sviluppo umano e nel benessere sociale ed economico;
- l'impoverimento delle persone come risultato di un problema di salute è un fatto oggi inaccettabile;
- i sistemi sanitari hanno un ruolo che va oltre la mera assistenza sanitaria e include la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e gli sforzi per indurre gli altri settori a tenere conto degli aspetti sanitari nelle proprie politiche;
- un sistema sanitario efficiente è essenziale per il miglioramento della salute; sistemi sanitari rafforzati salvano vite umane; pertanto
- i sistemi sanitari devono dimostrare di avere una buona performance.

---

<sup>1</sup> La Conferenza Ministeriale dell'OMS sui Sistemi Sanitari si sta svolgendo mentre si celebra il trentesimo anniversario della Dichiarazione di Alma-Ata sull'assistenza sanitaria primaria, le cui raccomandazioni sulla centralità del cittadino, delle comunità e dell'assistenza sanitaria primaria sono ancora rilevanti oggi come 30 anni fa. La Carta riconosce l'importanza delle altre Carte e Dichiarazioni relative alla promozione della salute (1986 Ottawa, 1997 Jakarta, 2005 Bangkok), la Conferenza di Ljubljana del 1996 sulla Riforma dell'Assistenza Sanitaria, la Dichiarazione di Città del Messico del 2004 sulla Ricerca Sanitaria e l'aggiornamento del 2005 della Strategia della Salute per Tutti per la Regione Europea dell'OMS. Il diritto al godimento del più alto livello possibile di salute è anche espressamente previsto nella Costituzione dell'OMS, nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, nella Convenzione sui Diritti del Fanciullo e negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sponsorizzati dalle Nazioni Unite.

<sup>2</sup> Tale convinzione è basata sull'evidenza scientifica, e in particolare sul materiale preparatorio prodotto dall'OMS per la Conferenza Ministeriale Europea sui Sistemi sanitari.

## Impegno ad agire

6. Noi, gli Stati Membri, ci impegniamo a:

- **promuovere valori condivisi di solidarietà, equità e partecipazione** attraverso le politiche sanitarie, l'allocazione delle risorse e altri interventi, garantendo che sia riservata la giusta attenzione alle esigenze dei poveri e di altri gruppi vulnerabili;
- **investire nei sistemi sanitari e promuovere gli investimenti nei diversi settori che influenzano la salute**, utilizzando le evidenze scientifiche disponibili sui legami tra sviluppo socioeconomico e salute;
- **promuovere la trasparenza e assumere la responsabilità** della performance dei sistemi sanitari per il raggiungimento di risultati misurabili;
- **aumentare la capacità di risposta dei sistemi sanitari** alle esigenze, priorità e aspettative dei cittadini, riconoscendo nel contempo i loro diritti e le loro responsabilità nei confronti della propria salute;
- **coinvolgere i soggetti interessati** nello sviluppo di politiche e nella loro attuazione;
- **promuovere lo scambio di esperienze e la cooperazione tra Paesi** nella progettazione e attuazione delle riforme dei sistemi sanitari a livello nazionale, regionale e locale; e
- **garantire la preparazione e la capacità di risposta dei sistemi sanitari alle crisi**, nonché la collaborazione tra Paesi e l'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale.

1. L'OMS sosterrà gli Stati Membri della Regione Europea nello sviluppo dei loro sistemi sanitari e ne assicurerà il coordinamento nell'attuazione della Carta, in particolare per la misurazione della performance e lo scambio di esperienze relative agli impegni di cui sopra.
2. Noi, l'OMS, la Banca Mondiale, l'UNICEF, l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni e Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria, ci impegniamo a lavorare con gli Stati Membri per l'attuazione della presente Carta, in conformità alle disposizioni dei nostri statuti e mandati, per contribuire a migliorare la performance dei sistemi sanitari. Esortiamo il Consiglio d'Europa, la Commissione Europea e le Istituzioni ad essa correlate a tenere in considerazione gli obiettivi di questa Carta nello sviluppare le proprie attività inerenti ai sistemi sanitari. La Banca Europea degli Investimenti si impegnerà a lavorare con gli Stati Membri e a collaborare con le istituzioni coinvolte, in conformità e nei limiti stabiliti dalle disposizioni dei propri mandati e statuti, per sostenere l'attuazione della presente Carta. Noi Stati Membri invitiamo altri partner che ne abbiano la volontà ad unirsi a noi.

## Rafforzare i sistemi sanitari: dai valori alle azioni

9. Tutti gli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS condividono il valore comune del raggiungimento del più alto livello possibile di salute quale fondamentale diritto umano; pertanto, ogni Paese si impegnerà ad aumentare l'efficienza del proprio sistema sanitario per raggiungere l'obiettivo del miglioramento della salute su una base di equità, tenendo conto delle esigenze specifiche di salute correlate al genere, all'età, all'etnia e al reddito.

10. Ogni Paese si sforzerà inoltre di contribuire al benessere e alla coesione sociale garantendo che il proprio sistema sanitario:

- distribuisca l'onere del finanziamento in maniera equa secondo le possibilità economiche dei cittadini, in modo che gli individui e le famiglie non debbano incorrere in un impoverimento dovuto alla malattia o al ricorso ai servizi sanitari; e
- risponda alle esigenze ed alle priorità dei cittadini, trattandoli con dignità e rispetto quando entrano in contatto con il sistema.

11. I Paesi dovranno perseguire queste finalità generali di performance al massimo grado possibile tenuto conto dei propri mezzi. Ciò richiede efficienza: fare il miglior uso possibile delle risorse disponibili.

12. L'applicazione pratica di queste finalità generali richiede l'identificazione di obiettivi ad esse collegati su cui sia possibile agire tramite l'attuazione di politiche e che siano conformi alle priorità sociopolitiche e ai mezzi economici e fiscali del Paese. Allargare l'accesso a un'assistenza sanitaria di alta qualità e migliorare la conoscenza delle persone su come migliorare la propria salute sono esempi applicabili a tutti i Paesi. Gli obiettivi dovrebbero essere espressi in maniera oggettivamente misurabile, per consentire un puntuale monitoraggio dei progressi compiuti. Da questo approccio trarranno orientamento la programmazione, l'attuazione e la valutazione delle riforme dei sistemi sanitari.

13. I sistemi sanitari sono diversi tra loro ma condividono un insieme di funzioni comuni che consentono di identificare gli obiettivi e le azioni riportati qui di seguito.

➤ **Erogazione di servizi sanitari agli individui e alle popolazioni.**

- ◆ I responsabili delle politiche sanitarie nella regione si impegnano, riconoscendone il valore, a rendere possibile l'erogazione di servizi di qualità per tutti, e in particolare per i gruppi vulnerabili, in risposta alle loro necessità, e a mettere in condizione la popolazione di effettuare scelte di vita salutari.
- ◆ I pazienti richiedono l'accesso a cure di qualità e la garanzia che esse siano erogate sulla base delle più avanzate evidenze scientifiche che la medicina possa offrire e con l'ausilio della tecnologia più appropriata, al fine di garantire il miglior livello di efficacia e sicurezza.
- ◆ I pazienti vogliono inoltre che il rapporto con chi eroga loro le cure sia improntato al rispetto della privacy, alla dignità e alla confidenzialità.
- ◆ Un'efficace assistenza sanitaria primaria è essenziale per promuovere questi obiettivi, in quanto fornisce le fondamenta per l'interrelazione dei servizi sanitari con le comunità e le famiglie, la collaborazione intersettoriale e interprofessionale e la promozione della salute
- ◆ I Sistemi sanitari dovrebbero integrare all'interno delle strutture e dei servizi esistenti programmi mirati a specifiche malattie al fine di raggiungere risultati migliori e sostenibili.
- ◆ I Sistemi sanitari devono garantire un approccio olistico ai servizi, che includa la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e programmi di gestione integrata della malattia, nonché il coordinamento tra i diversi fornitori, istituzioni e strutture, indipendentemente dalla loro appartenenza al settore pubblico o privato, e che comprenda, tra l'altro, le cure primarie, le strutture per le malattie acute e per la lungodegenza e l'assistenza domiciliare.

➤ **Finanziamento del sistema**

- ◆ Non esiste un singolo approccio migliore di altri al finanziamento della sanità; le distinzioni tra "modelli" si vanno facendo meno nette, in concomitanza con lo sviluppo, da parte dei Paesi, di nuovi modi di combinare tra loro i sistemi di raccolta di fondi, i meccanismi di tipo assicurativo e di tipo fiscale e le modalità di acquisto dei servizi dai fornitori, secondo le proprie necessità, il proprio contesto storico, fiscale e demografico e le proprie priorità e scelte sociali.
- ◆ I sistemi di finanziamento dovrebbero favorire la redistribuzione delle risorse in modo da far fronte alle esigenze sanitarie, ridurre gli ostacoli di tipo economico all'accesso ai servizi necessari e proteggere contro il rischio finanziario del ricorso alle cure, in maniera responsabile dal punto di vista fiscale.
- ◆ I sistemi di finanziamento dovrebbero inoltre prevedere incentivi per l'efficienza dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari, basare l'allocazione delle risorse ai fornitori sulla performance e le necessità della popolazione, e promuovere l'assunzione di responsabilità e la trasparenza nell'utilizzo dei fondi.
- ◆ L'allocazione complessiva delle risorse dovrebbe raggiungere un adeguato bilanciamento tra assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie e promozione della salute al fine di rispondere alle esigenze sanitarie presenti e future.

➤ **Creazione delle risorse**

- ◆ In un mondo in via di rapida globalizzazione, lo sviluppo di conoscenze, infrastrutture, tecnologie e, soprattutto, risorse umane dotate della giusta combinazione di capacità e competenze richiede programmazione e investimenti a lungo termine per adattarsi a necessità sanitarie e modelli di erogazione dei servizi in evoluzione.
- ◆ Investire nel personale sanitario è, inoltre, di cruciale importanza anche per le ripercussioni che ha non solo sul Paese investitore ma anche sugli altri, a causa della mobilità dei professionisti sanitari; il reclutamento internazionale dei lavoratori del settore sanitario dovrebbe ispirarsi a considerazioni etiche e alla solidarietà tra Paesi, ed essere garantito da un codice di condotta<sup>3</sup>.
- ◆ È importante che tutti Paesi promuovano ricerche sulle politiche e sui sistemi sanitari e facciano un uso etico ed efficace delle innovazioni nell'ambito della tecnologia medica e farmaceutica; la valutazione della tecnologia sanitaria dovrebbe essere utilizzata a sostegno di un processo decisionale più informato.

#### ➤ **Stewardship**<sup>4</sup>

- ◆ Mentre ogni Stato Membro ha un suo modo specifico di governare il proprio sistema sanitario, i Ministeri della Salute impostano la visione generale per lo sviluppo del sistema sanitario e hanno il mandato e la responsabilità della legislazione, regolamentazione e attuazione delle politiche sanitarie, nonché della raccolta di informazioni sulla salute e sui suoi determinanti sociali, economici e ambientali.
- ◆ I Ministeri della Salute dovrebbero promuovere l'inclusione di considerazioni di tipo sanitario in tutte le politiche e sostenerne l'effettiva attuazione nei diversi settori per massimizzarne le ricadute positive sulla salute.
- ◆ Il monitoraggio e la valutazione della performance dei sistemi sanitari e una collaborazione equilibrata con i soggetti interessati a ogni livello del sistema sono elementi essenziali per promuovere la trasparenza e l'assunzione di responsabilità.

14. Le funzioni dei sistemi sanitari sono interconnesse; pertanto, migliorare la performance richiede un approccio coerente che preveda interventi coordinati sulle varie funzioni del sistema. L'esperienza suggerisce che intervenire su una sola funzione o programma difficilmente conduce a un progresso sostanziale o al raggiungimento dei risultati sperati.

15. Noi, gli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS, ci impegniamo a utilizzare questa Carta come base per la trasformazione dei nostri valori condivisi in azioni e come pietra miliare per l'effettiva attuazione degli impegni di cui sopra sul potenziamento dei sistemi sanitari.

Tallinn, Estonia, 27 Giugno 2008.

Ms Maret Maripuu  
Ministro degli Affari Sociali dell'Estonia<sup>5</sup>

Dr. Marc Danzon  
Direttore Regionale Europeo dell'OMS

---

<sup>3</sup> In linea con la risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla "Migrazione internazionale del personale sanitario: una sfida per i sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo" (WHA57.19) e con la Risoluzione del Comitato Regionale Europeo dell'OMS sulle politiche relative al personale sanitario nella regione Europea. (EUR/RC57/R1).

<sup>4</sup> Il nuovo concetto della "stewardship sanitaria", introdotto nel 2000 dal Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, consiste nella funzione di "individuare e applicare le regole del settore e fornire direttive strategiche a tutti i soggetti coinvolti" nell'ottica di una "gestione attenta e responsabile del benessere della popolazione". [N.d.T.]

<sup>5</sup> Firmatario della Carta in rappresentanza dei 53 Ministri della salute della Regione Europea dell'OMS, in quanto Ministro incaricato della salute del Paese ospitante la Conferenza. [N.d.T.]

## **APPENDICE**

### **SCHEDE REGIONALI**

**A premessa di questa appendice, occorre ricordare le principali limitazioni della revisione ivi contenuta.**

*I risultati ottenuti da questa indagine sono stati raccolti in un tempo molto limitato da un unico rappresentante per regione. Pertanto, i pareri espressi potrebbero rappresentare solo parzialmente l'indirizzo generale della regione su un tema così ampio.*

*I risultati intendono offrire solo una panoramica generale su un argomento più complesso articolato che merita certamente maggiori dettagli.*

*Non sono stati raccolti elementi da tre enti dalle caratteristiche peculiari per popolazione e organizzazione del Servizio sanitario regionale: Sardegna, Lazio e Provincia Autonoma di Bolzano.*

## **ABRUZZO**

Dal 2008 ad oggi, la Regione Abruzzo è stata severamente impegnata nella realizzazione di un pesante piano di rientro che ha previsto la nomina di un commissario e sub-commissario con poteri speciali.

Sull'organizzazione del sistema sanitario regionale pesano non solo la crisi economica e il pesante deficit sanitario accumulatosi nel corso dell'ultimo decennio, ma anche il terremoto verificatosi nella zona della città capoluogo, L'Aquila, nell'Aprile del 2009. Il sisma ha coinvolto circa un quarto della popolazione regionale in quello che viene definito "cratere". Tra gli ingenti danni prodotti, di rilievo in questo ambito la chiusura dell'ospedale capoluogo per circa due anni, una clinica privata e strutture residenziali risultate inagibili, la migrazione della popolazione che ha cambiato radicalmente la struttura della popolazione residente, largamente in misura temporanea ma anche permanente (mobilità per 50.000 persone, delle quali 10.000 oggi risultano residenti in altre Asl). Ciò ha avuto profondi effetti sulla pianificazione sanitaria.

La copertura offerta a vantaggio delle fasce deboli colpite dal territorio ha previsto l'esenzione per un periodo di un anno e mezzo da tutte le prestazioni sanitarie su altre strutture (T09). Nel periodo di crisi post-sisma, l'ospedale è stato rimpiazzato con strutture temporanee, riallocate con affiancamento e concentrazione.

Tra i principali interventi attuali si annoverano: il Programma operativo 2010 con azioni e interventi di processo (5) e prodotto (4); la chiusura di N=5 ospedali: la riconversione di tali ospedali in Presidi Territoriali Assistenziali e Country Hospital gestiti da Mmg; riduzione delle Asl e dei distretti (25 previsti con 70 strutture che erogano assistenza); il potenziamento della pianificazione, con un maggiore governo dei flussi informativi; il potenziamento dell'Adi e dei laboratori di analisi privati tramite Consorzi; un maggiore controllo del rapporto pubblico/privato (riduzione posti letto di pari livello).

Non esiste attualmente un sistema di valutazione del Ssr. Un precedente sistema di Balance Scorecard (BSC) è stato interrotto.

Gli obiettivi di piano di rientro sono regolati da vari indicatori, tra i quali figurano quelli collegati ai Lea che vengono particolarmente sviluppati in relazione al piano di rientro stesso.

I principali stakeholder previsti da questa azione sono le Direzioni Generali dell'Assessorato alla Salute e i vari livelli apicali delle strutture accreditate.

L'utilizzo delle evidenze è ancora frammentario e poco sviluppato a causa della carenza di rapporti periodici mirati a supporto delle decisioni di politica sanitaria.

## BASILICATA

La Regione ritiene che la Tallinn Charter può essere molto rilevante per il livello decentrato per l'opportunità che essa offre di dare accesso a metodologie rilevanti per le decisioni di politica sanitaria. Non occorre però sottovalutare che il suo approccio, molto interessante, può risultare complesso da applicare a livello locale. Nel panorama nazionale, si pone come uno strumento potenzialmente importante per gestire la riforma federalista, ponendo il principio dell'equità al centro del dibattito.

In Basilicata, i principali interventi recenti includono la legge sulla riduzione delle Asl, ora allineate con le province, con l'aggiunta di un Irccs e di un'Azienda ospedaliera. L'accessibilità è stata potenziata, essendo identificata come strumento complessivo di razionalizzazione del sistema. Attraverso opportuni interventi, la Regione ha provveduto a migliorare le sue risposte di emergenza, con un 118 che assicura l'intervento in media entro 20 minuti dalla chiamata su tutto il territorio regionale tramite centrale operativa unica. Sono stati rafforzati anche i sistemi di screening ed il sostenimento delle fasce fragili secondo il principio di cittadinanza sociale, offrendo maggiore sostegno alla marginalità legata ai fattori economici attraverso le misure ISEI. In particolare, l'Adi offre ora maggiore copertura e interventi mirati sull'area critica dei malati terminali, tramite il supporto dell'hospice.

Esiste un sistema di valutazione adottato del tipo Balanced Scorecard (BSC). La Regione pubblica un documento che include strategie e obiettivi in termini di salute (target ospedalizzazioni, ricoveri inappropriati per Drg, Dh su ordinari, ambulatoriale complessa), prevenzione (vaccinazioni), area territoriale (Adi, obiettivi ministeriali di copertura), soddisfazione dei cittadini. Non esiste un cruscotto unico ed il sistema di indicatori è pesato per aree, con un risultato valutato sulle aziende (assistenza ospedaliera, territoriale). La Regione Basilicata utilizza il sistema di valutazione della Regione Toscana per il benchmarking interregionale.

I principali *stakeholder* coinvolti nel processo sono i professionisti, mentre i cittadini sono coinvolti per quanto riguarda la misurazione delle *customer satisfaction*.

I rapporti ufficiali pubblicati dalla Regione includono rapporti interni aventi come effetto la quota di incentivazione, e un rapporto annuale di salute, di natura principalmente epidemiologica.

L'unità preposta alla valutazione della performance è l'Osservatorio epidemiologico regionale (Oer), che cura tutti i flussi ad eccezione del registro tumori affidato all'Irccs. I rapporti principali si occupano di spesa farmaceutica, monitoraggio delle risorse strumentali e accreditamento. L'Oer si avvale di strutture di supporto esterne.

L'utilizzo dei risultati consiste soprattutto nell'analisi delle principali strategie di sistema, ovvero dei modelli organizzativi, del riassetto degli ospedali, delle funzioni del 118, del sistema di reti (hub and spoke), percorsi e livelli di assistenza (PDTA).

## CALABRIA

In Calabria, la Tallinn Charter non sembra aver avuto una corrispondenza diretta con attività specifiche svolte in Regione. Nell'attuale fase di riorganizzazione della sanità calabrese, la Carta di Tallinn potrebbe rappresentare un'opportunità per orientare il sistema verso obiettivi di crescita di carattere più ampio e rispondente alle aspettative della popolazione calabrese.

Non esiste un sistema di valutazione unico. I sistemi di indicatori basati sugli output sono comunque presenti nell'ambito della valutazione della produttività del personale della Regione impegnato in sanità.

Gli *stakeholder* coinvolti nella attività di valutazione sono i professionisti, tramite gruppi di lavoro tra Dipartimenti e Aziende.

Gli adempimenti del tavolo Lea in generale rappresentano un possibile punto di partenza verso la creazione di un sistema completo di carattere multidimensionale. Ciò risulta estremamente comparabile a quanto svolto a livello nazionale da altre regioni. Le procedure di gestione e verifica del Piano di rientro includono attività di monitoraggio basate su criteri oggettivi, le quali sono in capo ad un ufficio specificamente costituito. I flussi informativi, oggi frammentari e talvolta scarsamente completi e mirati alla valutazione, necessitano di una ristrutturazione finalizzata ad una lettura sistemica.

## **CAMPANIA**

La Regione Campania ritiene che i contenuti della Tallinn Charter, nel loro approccio sistemico, sarebbero autenticamente rivoluzionari qualora regolarmente adattati alla pratica corrente.

Per consentire ciò, occorre superare il principio dell'assetto istituzionale corrente quale unico modello possibile per la gestione di un corretto e orientato sistema sanitario. La cultura sistemica del servizio sanitario promossa dalla Charter può rappresentare un elemento strategico atto a superare questa criticità.

In Campania, non esiste un sistema di valutazione della performance e permangono rilevanti problemi nella qualità dei flussi informativi atti ad alimentare tali processi. Gli indicatori Lea presi come parametro a livello nazionale potrebbero offrire una solida base di partenza dalla quale progredire verso un confronto routinario per il miglioramento del sistema.

Per fare questo occorre: a) integrare i risultati con una governance coerente; b) ampliare il monitoraggio dall'attuale supremazia dei costi e degli output, alla qualità e all'outcome.

Attualmente in Campania le attività di valutazione sono isolate tra loro e applicate solo a realtà aziendali/professionali specifiche. Le strutture deputate alla valutazione sono quindi frammentate e collegate al sistema di progettualità nazionale, il quale a sua volta risulta non sempre collegato alle scelte complessive.

Non esiste un'unità specifica preposta alla valutazione. L'Agenzia sanitaria regionale gestisce le schede di dimissione ospedaliera (Sdo), provvedendo al controllo di qualità dei dati e alla standardizzazione, in collaborazione con il Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (Nsis). Tale unità risulta assolutamente sottodimensionata rispetto alle esigenze reali e agli obiettivi di sistema (N=1 dipendente).

In Regione vengono prodotti rapporti periodici, i cui tempi sono scanditi dalla verifica dei costi e dal piano di rientro attualmente in corso.

## EMILIA ROMAGNA

L'approccio generale della Regione Emilia Romagna relativamente all'impatto della crisi da un lato è molto attento al controllo della spesa, dall'altro per quanto riguarda le politiche assistenziali si prevede un rafforzamento delle reti assistenziali, l'integrazione dei servizi sociali e sanitari e provvedimenti di sostegno previdenziale.

L'integrazione con le altre politiche per la salute risulta molto difficile da realizzare. La pianificazione partecipata di politiche inclusive per la salute, che aveva direttamente coinvolto enti pubblici e cittadini negli anni passati (Piani per la salute), si è orientata verso la programmazione più specifica dei servizi sanitari e sociali a livello distrettuale. Programmi regionali sono dedicati alla promozione dell'assistenza ai migranti, al monitoraggio dei livelli di equità .

Sono stati avviati sistemi complessi di monitoraggio dell'appropriatezza e degli esiti di specifici percorsi assistenziali, anche innovativi, coordinati dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale in collaborazione con reti di professionisti: come ad esempio per l'infarto, l'uso di stent medicati, le protesi dell'anca, il diabete.

La Regione Emilia Romagna prevede, inoltre, un programma di analisi e governo dell'introduzione di nuove tecnologie, sostenuto da un Osservatorio regionale per l'innovazione e da una rete di esperti a livello delle aziende sanitarie, in particolare tramite attività specifiche di *Health Technology Assessment* e di *Horizon Scanning* sia a livello interno alla Regione sia esterno.

La Regione sostiene anche diversi programmi di ricerca in campo sanitario. Un impegnativo programma pluriennale è realizzato in collaborazione tra le strutture del Servizio sanitario regionale e le Università. Finalizzato verso temi di interesse prioritario per la Regione, esso è attento sia alla qualità delle ricerche che alle loro ricadute operative nelle organizzazioni e nei comportamenti assistenziali. Un secondo programma prevede ricerche da realizzare con la collaborazione delle industrie farmaceutiche. Un terzo programma è rivolto in particolare alla modernizzazione organizzativa nelle aziende sanitarie e include forme di collaborazione su area vasta e anche con modelli a rete di tipo hub-spoke.

Non esiste un unico sistema di valutazione dell'assistenza né unità specificamente preposte, ma vengono percorse diverse strade. La valutazione economico-finanziaria è la più strutturata e riguarda anche il ruolo dei Direttori Generali. Processi sistematici di concertazione tra le direzioni aziendali e l'Assessorato regionale permettono di orientare e monitorare le scelte principali in modo coordinato. I cittadini sono coinvolti con comitati consultivi e procedure standardizzate di raccolta e gestione dei reclami resi pubblici tramite periodici rapporti. Le aziende sono obbligate a rendicontare annualmente per la regione e per i sindaci riguardo alle azioni realizzate in funzione degli obiettivi di salute ricevuti. Tali "bilanci di missione" sono collegati ai bilanci economici e sono pubblici. Un buon sistema informativo regionale, evoluto e capillare, sostiene adeguatamente i processi di valutazione e facilita il trasferimento delle evidenze prodotte in scelte di governo.

## FRIULI VENEZIA GIULIA

Il Psr della Regione Friuli Venezia Giulia non prevede uno specifico riferimento alla Tallinn Charter.

Si evidenzia, comunque, che già nel documento strategico sulle dimensioni internazionali della salute della Regione FVG del 26.11.2008, nonché con il piano operativo 2010-2013 sulle dimensioni internazionali della politica della salute FVG, approvato con deliberazione giuntale n. 2354, del 18.10.2010, si fa espresso riferimento alla carta di Tallinn che tra le varie, costituisce il quadro di riferimento e pone, quindi, i principi ispiratori al fine di istituire e rafforzare i sistemi sanitari nazionali per:

- promuovere valori condivisi di solidarietà, equità e partecipazione attraverso le politiche sanitarie, allocazione delle risorse ed altre azioni che assicurino la giusta attenzione alle necessità degli indigenti e delle categorie più vulnerabili;
- investire nei sistemi sanitari e incentivare gli investimenti nei settori che influiscono sulla salute, sulla base della stretta collaborazione tra lo sviluppo socioeconomico e la salute stessa;
- rendere i sistemi sanitari più rispondenti alle necessità, alle preferenze e alle aspettative della popolazione, a riconoscimento dei loro diritti e responsabilità verso la propria salute;
- coinvolgere tutte le parti in causa nello sviluppo e implementazione delle politiche sanitarie.

Negli ultimi anni la Regione sta rivolgendo particolare attenzione al contenimento dei costi. Con l'art. 10 della LR 12/2009, è stata avviata, a decorrere dal 1 gennaio 2010, una riforma dei soggetti istituzionali di governance del sistema sanitario regionale. Tanto ha comportato la soppressione dell'Agenzia regionale della sanità, con acquisizione di tutte le funzioni da quest'ultima curate, in particolare nell'ambito della pianificazione/programmazione sanitaria, da parte della nuova Direzione regionale denominata Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, la quale, quindi, è diventata il soggetto unico per tutte le procedure e i rapporti di governance.

Alla luce di quanto sopra, inizialmente vi è stata sicuramente la necessità di riorganizzare i compiti e le diverse attività tra le quali anche la cura delle relazioni di settore, effettuate in precedenza dall'Ars e via via riprese dalla Direzione centrale. È stato recentemente pubblicato il Rapporto sul Servizio sanitario regionale anno 2009 che, analogamente alle pubblicazioni riferite alle annualità precedenti, si pone la finalità di rappresentare, attraverso diversi dati, l'offerta sanitaria a favore dei cittadini della Regione a tutela della salute nel 2009. Le informazioni riportate sono in genere indicate in relazione alle sedi di erogazione delle prestazioni; si evidenzia, altresì, un confronto su base geografica in relazione all'utilizzo dei servizi effettuato dalla popolazione. Tale pubblicazione, quindi, contiene informazioni utili ai fini delle scelte da effettuare in sede di adozione degli atti di pianificazione regionale.

Attualmente in Friuli Venezia Giulia non esiste un sistema di valutazione unico.

La Direzione cura un sistema di reportistica mensile e trimestrale ad uso interno, con particolare attenzione all'andamento economico (le pubblicazioni annuali passate comprendenti relazioni sanitarie di vario tipo sono regolarmente disponibili).

Con particolare riferimento al sistema informativo, la Regione FVG ha costituito un unico servizio regionale, servizio sistemi informativi ed e-government, in seno alla Direzione centrale funzione pubblica, autonome locali e coordinamento delle riforme, cui compete pianificare, sviluppare e gestire tutto il sistema informativo regionale, coerentemente alle esigenze delle strutture interessate. In relazione alla complessità e alle esigenze del sistema sanitario, la Direzione centrale salute, attraverso una propria struttura, l'Area pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione e qualità, collabora con il suddetto servizio competente in materia, per l'elaborazione dei piani di sviluppo e conduzione del sistema informatico del Ssr e delle politiche sociali, nonché in relazione alle relative modifiche.

## LIGURIA

Il tema principale delle politiche sanitarie liguri è oggi quello della sostenibilità in un'ottica di rete.

Il Piano sanitario regionale si basa su un'organizzazione per livelli verticali e orizzontali. Le politiche sanitarie sono orientate a ridurre le differenze organizzative che appaiono difficilmente sostenibili, con un rilevante eccesso di inappropriately che va ridotto in maniera sostanziale, anche e soprattutto tramite appropriate procedure analitiche.

I principali interventi di politica sanitaria recente riguardano la razionalizzazione della rete ospedaliera, tramite un piano di risposta organizzativa "a rete".

La Regione ha affrontato con particolare impegno tali attività puntando all'identificazione e misurazione degli obiettivi in un ambito di valutazione sistematica.

Tecnicamente, si è proceduto ad una dettagliata e rigorosa analisi della variabilità a livello dei singoli cittadini, con una mappatura delle caratteristiche di rischio clinico per ogni assistito. Tramite questo sistema, le differenze dei percorsi sono presentate per livelli di deprivazione. A tal fine, si è adottato un sistema di mappatura e stratificazione del rischio basato su misure di severità (APR-DRG). Si è prodotto quindi un profilo di consumo medio che contribuirà alla realizzazione di un sistema di valutazione multidimensionale proprio in fase di sperimentazione. I dati attualmente sono solo usati a livello interno, non pubblico.

Esiste quindi un sistema di valutazione basato su indicatori di efficacia, efficienza, appropriatezza (Progetto Nocchiero. Progetto SISVAL). Il sito regionale prevede un'area download sito e una scheda di valutazione per professionisti (in particolare, Mmg). La Regione Liguria utilizza il sistema della Regione Toscana come riferimento per il *benchmarking* interregionale.

Gli *stakeholder* coinvolti sono professionisti, ai quali sono rivolti i rapporti e le pubblicazioni riservate.

L'unità preposta alla valutazione è l'Agenzia sanitaria regionale.

L'uso evidenze è collegato a un sistema di valutazione come base di verifica degli obiettivi delle aziende sanitarie, tramite un sistema del tipo *Balanced Scorecard* (BSC). A tal fine, esistono gruppi interdisciplinari di professionisti a più livelli coinvolti nella verifica dei risultati per aree di priorità, con progetti specifici per percorsi quali lo scompenso cardiaco e il rischio di emorragia gastrointestinale.

## LOMBARDIA

La Regione Lombardia è proiettata sulla continuazione consistente delle politiche sviluppate degli ultimi anni, con rafforzamento dei sistemi di valutazione che fruiscono dall'esperienza costruita in collaborazione con Joint Commission. Si riscontra una particolare attenzione sui principi dell'equità (tramite le reti) e la sussidiarietà, con collaborazioni anche a livello europeo nell'ambito del Comitato delle Regioni.

Gli interventi recenti prevedono l'adozione di un sistema di valutazione multidimensionale a tutti i livelli che include una particolare attenzione all'accessibilità (ottimizzazione dei tempi di attesa) e soddisfazione dell'utenza. Un ulteriore sforzo riguarda l'irrobustimento di tutte le reti di patologie, in particolare oncologia, ematologia, malattie rare, ed estensione progressiva ad altre aree. Negli ultimi anni, si è provveduto anche all'implementazione di servizi sperimentali in telemedicina.

La realizzazione di un sistema di valutazione multidimensionale è in fase di ulteriore affinamento. Se ne prevede un uso permanente da parte del governo regionale, delle Asl e delle Aziende ospedaliere.

Il coinvolgimento degli *stakeholder* è garantito attraverso procedure di autovalutazione periodica delle reti professionali.

I rapporti sono pubblicati periodicamente. L'unità preposta alla valutazione è quella del "Governo dei sistemi sanitari", operante all'interno della Direzione Generale. L'analisi delle evidenze per la revisione delle politiche sanitarie procede in maniera progressiva e costante, particolarmente in merito alla valutazione della variabilità territoriale.

## MARCHE

La Tallinn Charter non è esplicitamente citata dal Psr, ma alcuni principi vengono attivamente perseguiti (sostegno fasce deboli, disuguaglianza); integrazione con politiche sociali; coinvolgimento e partecipazione degli *stakeholder* anche nella valutazione del sistema. Il livello di implementazione non risulta omogeneo, soprattutto per quanto riguarda la temporizzazione dei passaggi istituzionali. In generale la salute è riconosciuta come volano economico dal nuovo piano socio-sanitario.

I principali interventi prevedono un'ulteriore organizzazione del sistema delle aziende con una fusione tra Azienda ospedaliera e ospedale. Per rispondere maggiormente alle esigenze organizzative, la divisione in N=13 zone dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) prevede ora un ulteriore livello intermedio di area vasta, corrispondente maggiormente con la massa critica di popolazione e corrispondente alla provincia.

Tra gli interventi di rilievo, figurano la costituzione di un Dipartimento unico di sanità e Servizi sociali, rispondente ad una maggiore strategia di integrazione, e le azioni per il rafforzamento di assistenza territoriale, che comprende anche un adeguamento rispetto al sistema informativo Nsis. La Medicina generale prevede ora un centro regionale di sviluppo formativo e forme di aggregazione più innovative, quali ad esempio la medicina di gruppo e la sperimentazione di "case della salute".

In termini di una maggiore difesa delle fasce svantaggiate, non sono stati previsti pagamenti personali (ticket) di alcun tipo per la spesa farmaceutica, mentre è stato varato un esonero speciale per i lavoratori in cassa integrazione.

Dal 2010 è stato adottato il sistema di valutazione multidimensionale della Regione Toscana, che però non è ancora strutturalmente applicato dai livelli direzionali. Il sistema è affiancato al sistema nazionale di adempimenti e monitoraggio dei Lea.

Gli *stakeholder* coinvolti nella valutazione prevedono le reti di professionisti. I cittadini sono coinvolti tramite l'audit civico, applicato in alcune aziende. Esistono anche comitati di partecipazione alle aziende sanitarie (aziende, associazioni volontariato).

Non esistono rapporti ufficiali di valutazione a livello sistemico. Si producono specifici rapporti su percorsi assistenziali, quali l'audit su ictus, infarto, frattura di femore.

L'unità preposta alla valutazione è la cosiddetta "Cabina di regia e sistema di governo", specificamente prevista come unità operativa della Direzione Regionale. L'Agenzia sanitaria regionale svolge attività accessorie di verifica del sistema.

Le evidenze vengono specificamente utilizzate per la stesura del Psr. La prima parte verte su situazione attuale contro obiettivi e utilizzo per settori. Il governo della rete ospedaliera è motivo di attenzione specifica tramite la verifica di appropriatezza e di utilizzo.

## MOLISE

La pianificazione sanitaria della Regione Molise si pone in linea con i principi enunciati dalla Carta di Tallinn, già recepiti dal Piano sanitario nazionale 2011-2013, in corso di adozione, che, per l'appunto, pone come macro obiettivo del Ssn quello della promozione del *“benessere e della salute dei cittadini e delle comunità”*. Il Programma operativo 2011-2012, coerentemente con la Carta di Tallinn e con il Psn, è fondato sui principi di solidarietà, equità e partecipazione attraverso politiche sanitarie, sull'economicità delle azioni, nonché sul principio di integrazione tra ospedale e territorio.

In particolare, la ristrutturazione della rete ospedaliera regionale, contemplata dal Programma Operativo, segue i principi ispiratori del nuovo Piano sanitario nazionale 2011-2013 che evidenzia, tra le azioni per lo sviluppo del Ssn, come la riqualificazione della rete ospedaliera, con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni e la loro trasformazione nei nuovi modelli di offerta territoriale, debba essere avviata contestualmente al pieno funzionamento della rete dell'emergenza-urgenza; allo sviluppo del sistema delle cure domiciliari; alla disponibilità di strutture residenziali, in particolare per la riabilitazione e per gli anziani non autosufficienti.

La riconversione dei piccoli ospedali è legata anche al recente Patto per la Salute che fissa il fabbisogno *standard* di posti letto in 4 pp.ll. per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Tale riconversione, quindi, non può essere vista se non nel contesto di una più ampia ristrutturazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale regionale, che deve essere attuata in considerazione di numerosi fattori, non ultimo quello del personale da impegnare nelle riconversioni, là dove queste avverranno, e del personale da mobilitare, là dove gli ospedali saranno dismessi.

Il Patto per la Salute e la successiva normativa nazionale hanno, infatti, radicalmente modificato lo scenario nel quale si muove la struttura commissariale, che ha dovuto rivedere l'assetto programmatico generale, proponendo interventi e azioni finalizzate alla realizzazione degli obiettivi generali specifici al fine di:

- garantire l'equilibrio economico e finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo, nel rispetto del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza;
- rimodulare il sistema di offerta dei Lea attraverso il potenziamento del livello di assistenza territoriale, con particolare riferimento all'assistenza in Rsa e all'Adi;
- riqualificare, conseguentemente, il livello di assistenza ospedaliera, improntandolo ad una maggiore appropriatezza.

Risulta, quindi, fondamentale la valutazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie, che rappresenta un punto cardine per migliorare l'efficienza della Programmazione sanitaria regionale, in grado di soddisfare i bisogni della popolazione e ridurre l'inappropriatezza. A tale riguardo la Regione Molise ha avviato un percorso teso alla definizione complessiva del fabbisogno compatibile con le risorse disponibili e prodromico alla rimodulazione della rete di assistenza regionale, nell'ottica del potenziamento delle prestazioni per patologie croniche e della concentrazione delle competenze finalizzata alla specializzazione per disciplina, nonché al potenziamento della rete di offerta extra-ospedaliera, con particolare riferimento all'Adi ed alle Rsa.

In definitiva, la rimodulazione della rete ospedaliera è stata avviata parallelamente alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, per la quale è indispensabile l'introduzione dei percorsi assistenziali integrati, che muovono dalla centralità della persona attorno a cui si sviluppa il percorso di cura e di assistenza, promuovendo l'integrazione tra servizi diversi e tra differenti professionalità, attraverso il collegamento a rete delle Pua con gli ambiti sociali, nonché tra ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri.

Il modello organizzativo contemplato nel Programma Operativo 2011-2012 si ispira alle esperienze nazionali condotte in alcune regioni e a quanto riportato nello Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-13, che riconosce la *“centralità delle cure primarie”* e introduce modelli organizzativi, originali e innovativi, di presa in carico dei pazienti fragili. In tale contesto si collocano, per l'appunto, quali azioni prioritarie, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e residenziale.

Gli indicatori di riferimento attengono alle azioni previste nel Programma Operativo e, quindi, al Piano di rientro (parte economica e monitoraggio dei Lea). I livelli direzionali aziendali sono coinvolti nel processo di riqualificazione del sistema e nell'uso pratico di questi indicatori. I cittadini sono coinvolti solo indirettamente tramite le strutture di riferimento.

La valutazione del sistema avviene per settori specifici tramite Servizi della Direzione Generale per la Salute, che acquisisce le risultanze e le traduce in azioni di politica sanitaria. I risultati delle evidenze prodotte vengono direttamente valutati dalla Direzione in vista delle verifiche periodiche del tavolo di monitoraggio del Piano di rientro, a livello regionale e nel confronto con il livello nazionale. I vincoli attualmente posti dal commissariamento della Regione, valido fino al completamento del processo, non consentono un'ulteriore espansione dei Lea.

## PIEMONTE

La Regione Piemonte ha recentemente innalzato il livello di attenzione verso i cittadini istituendo call center e rafforzando l'Ufficio relazioni col pubblico (Urp). Il potenziamento dell'ascolto vede un maggiore ruolo affidato all'Agenzia sanitaria regionale (Ares). Le istituzioni e l'accademia regionale produce numerosi studi epidemiologici, in particolare sull'efficienza. Tali studi evidenziano un possibile sovrautilizzo delle tecnologie (ecografie, tac) che sono già disponibili in maniera ampia.

I principali interventi recenti includono la realizzazione del Psr 2008-2010, che ha previsto una riduzione delle Asl (passate da N=28 a N=19) grazie ad un accorpamento mirato. Il risultato economico di tale operazione attualmente appare non positivo (si riscontra un deficit sulle accorpate). Tra le possibili cause, un livellamento verso l'alto dei salari da negoziazione.

In Piemonte, si è deliberatamente scelto di puntare sull'economicità senza procedere alla chiusura di ospedali sottoutilizzati. Allo stesso tempo, sono stati potenziati i servizi di Adi tramite l'infermiere di famiglia. Un problema particolare è rappresentato dallo squilibrio tra aree rurali e urbane, dove le liste di attesa sono più lunghe. Il ticket di pronto soccorso è stato eliminato. L'eccesso di variabilità geografica riscontrato suggerisce l'ipotesi di notevoli spazi per la riduzione dell'inappropriatezza, come riscontrato da numerose ricerche ad hoc.

Non esiste una valutazione sistematica delle azioni di politica sanitaria. La Regione Sicilia aderisce al sistema MES promosso dalla Regione Toscana.

Gli *stakeholder* includono il Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo, di Dipartimento. Il coinvolgimento dei cittadini avviene tramite il Tribunale dei diritti del malato e Cittadinanza Attiva, anche se i risultati ottenuti da questo settore non rientrano negli obiettivi primari, di carattere prevalentemente economico.

Non esiste un rapporto di valutazione prodotto su base regolare, né un'unità preposta. L'Agenzia sanitaria regionale pubblica rapporti di varia natura.

Le evidenze prodotte vengono utilizzate in maniera frammentaria e faticano a diventare reali strumenti operativi secondo quanto richiesto dalla Tallinn Charter.

## PUGLIA

In Puglia, il principale dibattito collegato alla Tallinn Charter attiene alla sostenibilità del sistema nell'attuale crisi finanziaria. In questo contesto, il problema principale è quello di garantire i Lea, un dibattito che presenta l'equità come un principio fondamentale ma anche come costo. Nel sistema italiano, ciò comporta dei problemi di governance collegati alle diverse dimensioni delle Regioni e alla difficoltà di assicurare sostenibilità, e quindi direttamente un sistema salute equo. Per superare questi problemi occorre ragionare per area vasta, cercando quelle economie di scala che possano evitare squilibri. Il piano sanitario della Puglia offre dei buoni esempi di risposta pratica alla Tallinn Charter, secondo quanto stabilito nel secondo incontro italiano di follow-up (Firenze 2009). Il problema principale da un punto di vista gestionale è quello del riparto del budget sanitario sul quale sono impegnate tutte le regioni.

I principali interventi occorsi in Regione Puglia includono il Piano della salute, il Piano di riordino ospedaliero e il Piano di rientro. L'allocazione delle risorse mira soprattutto allo sviluppo di politiche territoriali, con un orientamento al cittadino. Alcuni esempi di provvedimenti mirati includono il rilancio degli screening e della medicina territoriale, con l'implementazione dell'emergenza (118) e un approccio alla medicina territoriale come sviluppo della medicina aggregata (dall'attesa all'iniziativa). I risultati misurati nel 2010 includono una tangibile riduzione della spesa, e un guadagno in termini di riduzione dell'inappropriatezza e aumento della rispondenza alle aspettative dei cittadini. Si è registrato un incremento domiciliare e si sono condotte esperienze di sviluppo dell'assistenza domiciliare per pazienti cronici (Progetto Leonardo Asl Lecce, tramite case management e controllo dell'aumento della soddisfazione e della riduzione complicità). Il Piano di rientro risulta collegato ad obiettivi precisamente misurabili, che includono *survey* specifiche quali l'audit civico (*benchmarking*).

Il sistema di valutazione è attualmente in fase di allestimento, basato sulla valutazione Lea, il monitoraggio dei tempi di attesa, l'audit civico, la valutazione della spesa farmaceutica in medicina generale, il profilo di prescrizione dei Mmg (per Regione, Azienda, Distretto).

Gli *stakeholder* coinvolti sono soprattutto i professionisti, sindaci, e cittadini coinvolti nell'audit civico.

Attualmente non esiste un rapporto pubblico, ma se ne stanno sviluppando i contenuti tramite la acquisizione di strumenti standardizzati.

L'unità preposta alla valutazione è l'Agenzia sanitaria regionale (Ares Puglia).

## SICILIA

La Regione Sicilia riconosce i principi della carta di Tallinn nel nuovo Psr, anche se non viene fatto uno specifico riferimento nel testo. Il nuovo Psr, è stato realizzato anche tramite un lungo processo di consultazione con società e soggetti istituzionali.

I principali interventi realizzati sono riportati in una legge di riforma complessiva basata su un generale piano di recupero di economicità e di efficienza, attraverso la riorganizzazione ospedaliera, la riduzione dei posti letto e la chiusura degli ospedali in esubero. Nonostante la principale esigenza sia stata quella del recupero dell'efficienza, è stato avviato un importante programma di sviluppo della qualità e sicurezza dei pazienti, compresi anche tra i punti fondamentali della realizzazione del programma operativo per il Piano di rientro, che mira anche al controllo della mobilità, la riduzione dei tempi di attesa, il rispetto dei diritti del cittadino. Un importante programma per la qualità e sicurezza dei pazienti è rappresentato dal progetto regionale *Joint Commission International* che prevede nel 2011 l'implementazione di circa 75 standard internazionali per il miglioramento della qualità dell'assistenza (sono compresi diversi elementi di valutazione della performance a livello delle singole aziende sanitarie).

Per tutti questi obiettivi è sempre previsto il coinvolgimento degli *stakeholder*. Tra le attività oggetto di attenzione specifica in termini organizzativi e di innovazione figurano l'integrazione ospedale-territorio, attraverso un'azione mirata su Medici di medicina generale e Distretto, in relazione a specifici percorsi terapeutici.

La misurazione degli obiettivi è prevalentemente affidata agli indicatori Lea. Il sistema informativo attualmente necessita di essere rafforzato soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio aziendale. Per questo si sta studiando la possibilità di ulteriori programmi di formazione degli operatori e un più accurato controllo di qualità dei dati.

In Sicilia attualmente non esiste un sistema di valutazione della performance. Esiste un rigoroso programma per la valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie, in stretta collaborazione con Agenas, e diversi aspetti sono correlati alla performance operativa della aziende. La Regione è coinvolta in diversi progetti nazionali, tra cui il Piano nazionale esiti e il tavolo di monitoraggio dei Lea.

Il coinvolgimento degli *stakeholder* prevede soprattutto la partecipazione dei Direttori Generali, le reti di professionisti e le rappresentanze dei cittadini/pazienti. Il coinvolgimento dei cittadini è previsto anche attraverso l'audit civico attualmente in fase di discussione con Cittadinanza Attiva l'audit civico è compreso all'interno del nuovo Psr.

Non esistono rapporti di valutazione sistemici, mentre altri, di carattere più epidemiologico quale l'Atlante sanitario, vengono predisposti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER).

Le unità preposte sono il servizio epidemiologico, che cura il *record linkage* per il Piano nazionale esiti, e l'Unità per il Governo clinico e la Sicurezza dei pazienti che cura la il coinvolgimento con i professionisti delle singole discipline attraverso un percorso annuale, i cui report sono in fase di elaborazione.

L'uso delle evidenze per le politiche sanitarie si concentra sugli aspetti di sicurezza e qualità, linee guida con indicatori locali (es.: uso antibiotici), la spesa farmaceutica (Mmg), il controllo dell'appropriatezza. La legge di riforma regionale è stata prevalentemente basata sull'analisi dei volumi di interventi e servizi. L'analisi dell'appropriatezza, attualmente uno degli aspetti maggiormente curati, incontra problemi di carattere metodologico, quali ad esempio le procedure di campionamento e controllo di precise casistiche. Per questo si ha necessità di integrare approcci sperimentali con obblighi informativi cogenti fissati dal Piano di rientro. Tali attività beneficerebbero di maggiori particolari sui metodi da utilizzare, tramite un coordinamento mirato su base nazionale.

## TOSCANA

I criteri generali della Tallinn Charter sono ampiamente riconosciuti dalla Regione Toscana.

I principali interventi recenti includono: il Psr, che prevede una mappa strategica di obiettivi di miglioramento di esito e sostenibilità dal punto di vista finanziario; la riqualificazione dell'offerta ospedaliera con un'ulteriore riduzione prevista dell'inappropriatezza; il potenziamento della "sanità di iniziativa". Tali azioni sono rinforzate dall'evidenza raccolta a livello regionale, che mostra che le Asl con spesa sanitaria più bassa hanno risultati migliori (mostrando un'ottima performance soprattutto per l'area ospedaliera). Il livello di area vasta (corrispondente a circa un terzo della Regione) ha rappresentato l'estensione geografica fondamentale per strategie quali l'organizzazione della rete ospedaliera (competizione in qualità, ospedale "vicino" con *setting* migliore in qualità). L'organizzazione delle "Società della Salute" a livello locale ha consentito di coinvolgere tutti gli enti locali sui processi di responsabilità dei processi della domanda. La "Sanità di Iniziativa" ha rappresentato un'azione di risposta alla crisi, superando la logica di lavorare per tutti e aumentando la capacità di allestire un servizio più rispondente alle esigenze di chi ha più bisogno. Ciò si riflette anche nella maggiore completezza del sistema informativo, ad esempio inserendo il titolo di studio nella Sdo, il che ha permesso di capire che c'è una maggiore probabilità dei pazienti con titolo di studio alto a non avere un ritardo, con una conseguente spesa maggiore. Tali evidenze si sono correlate ad azioni di sorveglianza pratiche. Ad esempio, tra gli obiettivi recenti delle Direzioni Generali figura l'individuazione di soggetti con titolo di studio bassi per un piano di riduzione dei ricoveri. In linea con la Tallinn Charter, il Piano integrato di salute della Regione Toscana prevede maggiore Equità e sostenibilità economica. La porzione di spesa privata (*out of pocket*) è difficile da misurare nel dettaglio, ma si tratta di una quota marginale non superiore al 5%. La Regione Toscana offre una copertura aggiuntiva rispetto ai Lea, che include le cure odontoiatriche e la medicina non convenzionale.

Esiste un unico sistema di valutazione multidimensionale specificamente realizzato e implementato dalla Regione Toscana, attualmente basato su N=130 indicatori, la cui composizione e definizione sono continuamente riviste e aggiornate. Il metodo di presentazione multidimensionale del sistema è coperto da brevetto. Gli assi comprendono Esito (salute), strategie regionali (riduzione dolore, screening, tempi di attesa, aspetti trasversali), Clinico-sanitaria (Appropriatezza), Utenza (indagini a campione consumatori), Valutazione interna (22.000 dipendenti), Efficienza e Sostenibilità Economica. Le indagini telefoniche coinvolgono un campione di N=34.000 cittadini e sono tarate per raccogliere dati rappresentativi a livello micro di struttura complessa. L'indagine copre i servizi di partecipazione dei cittadini (esperienza, umanizzazione, comunicazione), il ricovero, il Pronto Soccorso, il materno-infantile, la medicina di base, il distretto, la diagnostica, i servizi ambulatoriali, l'Adi. Una versione specifica del sistema della Regione Toscana basata su N=80 indicatori è offerta con specifiche convenzioni ad un network di regioni che comprendono Piemonte, Liguria e Umbria (dal 2008), Trento, Bolzano, Aosta, Marche e Basilicata (2010). Un'ulteriore versione basata su un sottoinsieme di N=34 indicatori è stata utilizzata sperimentalmente a livello nazionale per il Ministero della salute.

Il coinvolgimento degli *stakeholder* è partito nel 2000, con la sperimentazione in 4 aziende e il coinvolgimento di manager e professionisti. Nel 2005 si è arrivati ad un'adozione generale, con il coinvolgimento di Aziende ospedaliere universitarie e la rappresentanza delle società scientifiche. Dal 2006 il sistema è adottato in maniera evolutiva e flessibile, mirata a rispondere alle strategie regionali correlate alla programmazione.

I rapporti sono prodotti in maniera periodica e resi pubblicamente disponibili su web dal 2008.

L'unità preposta a condurre la valutazione è un ente terzo, il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna, che è titolare di un brevetto a doppio nome con la Regione Toscana per il sistema di valutazione. Il know-how viene mantenuto garantendo ideazione e piattaforma. Il MES opera anche a supporto della Regione e svolge attività di formazione per il management.

Le evidenze scientifiche sono utilizzate per produrre risultati nei termini di miglioramento continuo direttamente misurabile e riscontrabile a fronte di obiettivi precisi.

## PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Nella Provincia di Trento, la crisi finanziaria ha inciso relativamente su un minore aumento della spesa complessiva per il servizio sanitario provinciale. La legge provinciale 16-2010 istituisce una rete ospedaliera a carattere provinciale che viene supportata da una rete di distretti più ottimale (che passa da N=13 a N=4 attraverso una riorganizzazione soprattutto di carattere amministrativo). Il distretto rappresenterà attraverso questa riconfigurazione il punto di accesso diretto del cittadino per l'assistenza.

I servizi aggiuntivi previsti includono la copertura dei servizi odontoiatrici (legge 22-2007) per le fasce deboli. Ulteriori interventi includono le cure palliative, tramite lo sviluppo della rete hospice e domiciliare, la riduzione dell'inappropriatezza sull'uso del pronto soccorso e l'intervento sui medicinali a brevetto scaduto. Per il 118 si è potenziato il coordinamento dell'intervento con auto mediche e medicalizzazioni a distanza, incluso il volo notturno.

Un'importante scelta politica della provincia è consistita nel mantenimento delle strutture ospedaliere anche sotto i 120 posti letto.

Dal 2010, la Provincia di Trento ha adottato il sistema di valutazione multidimensionale della Regione Toscana, che per ora non è vincolante rispetto agli obiettivi aziendali.

Il coinvolgimento degli *stakeholder* è finalizzato alla gestione integrata di tutte le attività aziendali di ascolto delle esigenze e aspettative, di informazione, di misurazione dei livelli di soddisfazione e rendicontazione sociale. Si registrano sistemi di raccolta di opinioni dai cittadini e *audit* civico, bilancio sociale dell'azienda, focus group con reti di professionisti, e un intranet aziendale.

L'unità preposta alla valutazione è l'Ufficio Programmazione del Servizio Economia e Programmazione Sanitaria.

Si prevede una relazione sullo stato di salute (profilo demografico-epidemiologico, struttura e contesto) che includerà una sezione aggiuntiva dedicata ai risultati del sistema di valutazione.

La verifica dell'uso delle evidenze sulle scelte di politica sanitaria prevede l'analisi e l'interpretazione degli scostamenti rispetto alla performance media interregionale e consentono di focalizzare l'attenzione del Servizio sanitario provinciale sull'implementazione di azioni di riorganizzazione/riqualificazione/riorientamento dei servizi, ovvero di confermare gli assetti in essere sulla base di una documentata consapevolezza tecnica.

## UMBRIA

La pianificazione sanitaria della Regione Umbria è soprattutto focalizzata sull'integrazione socio-sanitaria, che trova una realizzazione concreta con la creazione di reti clinico-organizzative come cardine della programmazione sanitaria regionale. I flussi informativi ricoprono un ruolo particolare di supporto a tali reti; flussi informativi nuovi stanno ponendo particolare attenzione ai servizi territoriali: il Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) o il Piano regionale integrato per la Non Autosufficienza (PRINA) ne sono esempio concreto, con l'intento di fornire dati prima e servizi idonei poi per la non autosufficienza.

L'ultimo Piano sanitario regionale rivolge particolare attenzione soprattutto alle fasce deboli/deprivate, fragili, anziani, attivando azioni strategiche che prevedono anche la partecipazioni a progetti internazionali (in particolar modo per analisi di equità di accesso ai servizi), l'istituzione dell'Osservatorio della Salute degli Anziani, studi sulla popolazione immigrata anche in collaborazione con altri enti di assistenza e ricerca, quali l'Istituto Nazionali Immigrati (INMP) o il Gruppo di Ricerca Equità e Povertà in Sanità (GREPS).

In termini di servizi essenziali, la Regione si contraddistingue per l'offerta di servizi aggiuntivi rispetto ai Lea nazionali (per esempio l'assistenza odontoiatrica a tariffe calmierate) ed è stato redatto un Piano regionale di prevenzione, che si rivolge anche alle fasce deboli.

Il sistema di valutazione multidimensionale per la performance del servizio sanitario regionale adottato in Umbria è quello proposto e validato dalla Regione Toscana. La Regione Umbria è coinvolta nella valutazione condividendo la lettura e l'interpretazione dei risultati ottenuti dal sistema con i professionisti delle reti, con le direzioni generali delle aziende sanitarie, e in generale con il governo regionale (accesso ai report su internet con password di accesso). La relazione periodica offre l'opportunità di confrontare e valutare la qualità dei dati. La valutazione condivisa con gli *stakeholder* è in fase di implementazione, tramite la divulgazione di rapporti mirati relativi alle strutture e ai settori coinvolti. Ulteriori indagini ad hoc garantiscono l'analisi dei bisogni e della soddisfazione degli utenti, sempre con pubblicazione dei risultati sul sito della Regione.

Il sistema di valutazione è coordinato dal Servizio Sistema Informativo della Direzione regionale, in collaborazione con gli altri Servizi di Programmazione Sanitaria ed Economico Finanziaria. Il Servizio Sistema Informativo include le attività di Osservatorio epidemiologico regionale, con particolare attenzione a studi di appropriatezza e valutazione ed è stato rafforzato con specifiche deleghe nell'ultimo biennio.

Le evidenze risultanti dal sistema di valutazione vengono usate per la negoziazione degli obiettivi delle Direzioni aziendali e dei Dipartimenti.

## VALLE D'AOSTA

Il Piano Salute e Benessere Sociale 2011-2013 della Valle d'Aosta ([http://gestionewww.regione.vda.it/gestione/gestione\\_contenuti/allegato.asp?pk\\_allegato=10416](http://gestionewww.regione.vda.it/gestione/gestione_contenuti/allegato.asp?pk_allegato=10416)) è costruito sui principi e valori della Tallinn Charter (pag.62): equità, qualità, alleanze, semplificazione, competenze, salute e benessere, ambito attore del bisogno, tutela fragilità.

Gli interventi recenti comprendono un'attenzione particolare sulla valorizzazione del territorio, i medici di medicina generale, la deospedalizzazione, l'umanizzazione delle cure, la migliore appropriatezza delle prescrizioni (farmaceutica), le reti di poliambulatori attrezzati per riduzione mobilità verso ospedale. I servizi per anziani sono stati potenziati con medici di struttura e "assistenti di villaggio". Una legge del 2008 integra, attraverso la partecipazione dei vigili del fuoco, della protezione civile, del corpo forestale e del soccorso alpino, la legge regionale sull'emergenza che istituiva già nel 1992 la centrale unica del soccorso (118).

Le principali difficoltà nella misurazione della performance sono implicite nella dimensione della Regione, ovvero all'instabilità casuale delle stime e dei trend che non consente un'agevole valutazione oggettiva. In specifici ambiti, l'osservazione degli esiti richiede un periodo molto lungo, difficilmente ricollegabile alle politiche sanitarie territoriali.

La Regione ha adottato il sistema di valutazione multidimensionale della Regione Toscana, con risultati per azienda. La partecipazione dei cittadini è non sistematica, ma si prevede - al fine di ottemperare a questo compito - la conduzione dell'audit civico.

I prodotti di valutazione sono per lo più tecnici e non ancora rivolti al cittadino, ad esclusione delle pubblicazioni sullo stato di salute e di benessere sociale, che fa parte degli obblighi specifici dell'Osservatorio Regionale.

L'unità preposta per legge alla valutazione e alla pubblicazione dei risultati è l'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali (Oreps). L'Osservatorio si avvale di collaborazioni con la rete nazionale. Il Piano recentemente approvato istituisce la rete regionale dell'Epidemiologia.

In generale, il sistema di valutazione in fase di costruzione necessita di una fase di sperimentazione che consenta di integrare l'azione degli operatori istituzionali e supportare in maniera sistematica e continuativa le scelte di politica sanitaria.

## VENETO

Negli ultimi anni, la Regione Veneto è stata impegnata in maniera notevole sul piano internazionale, particolarmente nell'ambito dell'Oms, per il quale la Regione aderisce all'Osservatorio Oms sui Sistemi Sanitari di Bruxelles. In tal modo la Regione ha assicurato una partecipazione sostanzialmente consapevole e convergente sui temi della Tallinn Charter.

A seguito della Conferenza Ministeriale di Tallinn, la Regione Veneto, in collaborazione con il Ministero della salute, ha coordinato l'organizzazione del primo incontro italiano di follow-up della Tallinn Charter (Venezia 2008) che ha coinvolto diversi rappresentanti delle regioni italiane.

L'attenzione della Regione verso le tematiche della valutazione è testimoniata dall'impegno dell'Agenzia regionale socio-sanitaria del Veneto (Arss).

Negli ultimi anni, l'agenzia ha elaborato un insieme di indicatori che considerano, oltre all'equità, tre dimensioni fondamentali della qualità: efficacia, accesso e sicurezza. In particolare, si sono utilizzati i dati delle dimissioni ospedaliere relative al periodo 2000-2008, al fine di produrre le stime dei tassi standardizzati di mortalità intra-ospedaliera ed esaminare la variabilità del fenomeno all'interno della Regione. Il metodo utilizzato è quello dell'agenzia americana *Agency for healthcare research and quality* (AHRQ), conveniente per la possibilità che offre di confrontare i risultati ottenuti in Veneto con quelli ottenuti da altre regioni che adottano lo stesso metodo.

L'Agenzia ha inoltre avviato il Progetto "Sistema regionale integrato per lo studio e lo sviluppo della qualità dal punto di vista del cittadino utente" nelle diverse e articolate modalità di espressione in cui si manifesta, attraverso l'integrazione di differenti approcci metodologici validati scientificamente (Picker Institute), mirati a raccogliere dati sulla soddisfazione degli utenti dimessi da ospedali per acuti e delle cure primarie.

La Regione Veneto non ha finora adottato un sistema unico di valutazione multidimensionale della performance.

Gli *stakeholder* coinvolti nella lettura delle misure di performance e della qualità percepita sono gli operatori delle aziende pubbliche (per la pubblicazione e diffusione delle elaborazioni), le rispettive Direzioni strategiche (nella fase di analisi), le Aziende sanitarie, le Associazioni dei pazienti, gli Ordini professionali, e le Società scientifiche (materiali e metodi, diffusione e pubblicazione dei risultati).

I rapporti di valutazione esistenti si concentrano sulle misure di efficacia, accesso, sicurezza ed equità del Servizio sanitario regionale del Veneto (2007) e sull'indagine sperimentale condotta su un campione di pazienti dimessi dagli ospedali del Veneto ([https://www.arssveneto.it/html\\_pages/documents/Q\\_14\\_Web\\_2.pdf](https://www.arssveneto.it/html_pages/documents/Q_14_Web_2.pdf)).

L'unità preposta dal 2007 a produrre gli studi sopra descritti è l'Unità di Ricerca e Innovazione (Agenzia regionale socio sanitaria).

In tutti i casi presentati, le evidenze dei risultati sono state utilizzate dalle singole aziende per strutturare azioni e politiche funzionali alla risoluzione di eventuali aspetti da migliorare in maniera rapida e prioritaria, secondo quanto evidenziato dai rapporti prodotti.