

Sanità Pubblica e Privata

Rivista di diritto, economia e management in sanità

Direttore responsabile
Manlio Maggioli

Direttore
Fabio Roversi-Monaco
Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Condirettore
Davide Croce
Direttore CREMS
Università Carlo Cattaneo - LIUC

Comitato scientifico

Sezione giuridica

Aldo Bardusco - Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Milano

Marzio Branca - Consigliere di Stato

Giuseppe Caia - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Luigi Carbone - Consigliere di Stato

Guido Carpani - Direttore generale Ufficio della segreteria generale Presidenza della Repubblica

Fabio Cintioli - Consigliere di Stato

Rosario Ferrara - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

Carlo Emanuele Gallo - Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Torino

Giuseppe Morbidelli - Professore ordinario di Diritto pubblico comparato nell'Università di Roma "La Sapienza"

Antonio Romano Tassone - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università Mediterranea di Reggio Calabria

Franco G. Scoca - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"

Ernesto Sticchi Damiani - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce

Mario Luigi Torsello - Consigliere di Stato

Redazione

Carlo Bottari, Giampiero Cillone, Claudia Corbetta

SPISA - Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Università di Bologna
Via Belmeloro, 10 - 40126 Bologna
tel. 051.2094050 - fax 051.2094060

Sezione economia e management

Gianfranco Reborà - Rettore e Preside della Facoltà di Economia Università Carlo Cattaneo - LIUC

Ugo Luigi Aparò - Direttore Sanitario IRCCS IDI Istituto Dermatologico dell'Immacolata - Roma

Renato Botti - Direttore Generale IRCCS Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor - Milano

Angelo Carezzi - Direttore CEFASS Centro Europeo di Formazione per gli Affari Sociali e la Sanità Pubblica - Milano

Ranieri Guerra - Dirigente Ufficio Relazioni Esterne ISS Istituto Superiore di Sanità - Roma

Aldo Pagni - Fondatore SIMG Società Italiana di Medicina Generale e già Presidente FNOMCeO - Firenze

Renato Ruffini - Professore Associato di Economia aziendale Università Carlo Cattaneo - LIUC

Antonio Emilio Scala - Prorettore Università Vita-Salute S. Raffaele, Direttore Scientifico I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità

Federico Spandonaro - Docente Facoltà di Economia e Coordinatore CEIS-Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Gino Tosolini - Direttore Generale Agenzia Regionale della Sanità - Regione autonoma Friuli Venezia Giulia

Redazione

Fabio Giuseppe Angelini, Ilaria Bellet, Stefano Cianca, Emanuele Porazzi, Antonio Sebastiano

CREMS - Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità
Università Carlo Cattaneo - LIUC
Corso Matteotti, 22 - 21053 Castellanza (VA)
tel. 0331.572466-210 - fax 0331.572465
e-mail: crems@liuc.it

Diritto

5

Le risorse del servizio sanitario: dall'accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005

Svetlana Parrilla

20

Stili linguistici e strategie comunicative nelle campagne di comunicazione per la promozione della salute

Annalisa Galeazzi

Economia e Management

30

Una valutazione multidimensionale delle performance dei Sistemi Sanitari Nazionali

Laura Fioravanti e Federico Spandonaro

41

La gestione della qualità nelle aziende ospedaliere: studio comparativo dei modelli di riferimento

S. Solbiati, C. De Capitani, A. Portioli Staudacher e G. Banfi

EuroP.A. 2005

53

I poteri dell'organo di indirizzo nell'Azienda ospedaliero-universitaria costituita tra Regione Campania e Seconda Università di Napoli

Vincenzo Baroni

Esperienze in vetrina

60

Una partnership tra pubblico e privato per la gestione integrata dell'assistenza rivolta a pazienti terminali a domicilio ed in hospice

C. Castiglioni, C. Linelli, A. Lattanzi, C. Castelnovo, G. Stringini e F. De Angelis

66

Settore sanitario e formazione

a cura di Davide Croce

Giurisprudenza commentata

68

La responsabilità dell'azienda sanitaria per danni arrecati a pazienti ricoverati

a cura di Carlo Emanuele Gallo

75

Ammissibilità del referendum in materia di procreazione medicalmente assistita

a cura di Riccardo Greco

Uno sguardo ai numeri

86

L'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale in Italia

*a cura del CEIS-Sanità
Università degli Studi di Roma II
- Tor Vergata*

Forum

88

Misure per l'appropriatezza dell'uso e per il contenimento della spesa farmaceutica

90

Qualità e consenso informato: un binomio inscindibile per una medicina "non difensiva"

a cura di Renata Vaiani

95

Rassegna normativa

Una valutazione multidimensionale delle performance dei Sistemi Sanitari Nazionali

Laura Fioravanti * e Federico Spandonaro *

Il ricorso alla *Balanced Scorecard* (BSC) in sanità può fornire una risposta alla crescente complessità ambientale (competizione, riduzione delle risorse disponibili), ma richiede alcune attenzioni. Innanzitutto, quella di evitare un uso rigido dello strumento che, in specifici contesti, quali le analisi di tipo macroeconomico o l'uso in aziende sanitarie pubbliche, dovrebbe prevedere anche una prospettiva equità. La proposta che segue tenta di individuare i punti di forza e di debolezza della metodologia a livello macroeconomico, anche attraverso il confronto con i risultati ottenuti da altri metodi di analisi multidimensionale delle performance (ad esempio la classifica OMS). Infatti, accertare se e quanto un sistema sanitario funziona, obbliga a prendere in considerazione due complesse questioni: la misurazione dei risultati ottenuti ed il rapporto tra i risultati ottenuti ed il target nazionale (risultati possibili a parità di risorse). A tal fine, la valutazione delle performance è stata collegata ad obiettivi interni e a risultati esterni (quelli ottenuti dagli altri Paesi), consentendo di trasferire sul piano istituzionale e relazionale dei risultati che altrimenti diventerebbero autoreferenziali.

I. PREMESSA

I cambiamenti delle organizzazioni sanitarie contemporanee, sempre più orientate alla riduzione dei costi, al miglioramento della qualità della cura e alla necessità di seguire linee guida, inducono ad un riesame dei processi di valutazione delle loro performance.

I risultati dei sistemi sanitari nazionali, al pari di quelli aziendali, considerati quali fattori condizionanti il management, sono strettamente collegati alla soddisfazione degli stakeholder; affinché le aziende sanitarie possano attrarre e conquistare i contributi dei diversi portatori di interesse, diviene fondamentale il conseguimento di performance efficienti ed efficaci.

Nel settore sanitario, la valutazione non si può pertanto esaurire nell'analisi dei risultati finanziari, ma deve interessare anche i processi, poiché strettamente collegati agli obiettivi complessivi dell'organizzazione; in particolare, il successo dipende dalla capacità di intraprendere azioni che presentino valore per tutte le parti coinvolte e secondo diverse dimensioni di valutazione¹.

Il presente lavoro mostra come l'utilizzo delle logiche valutative multidimensionali della *Balanced Scorecard* (BSC), tradizionalmente adottate a livello aziendale, possa essere applicato ad un'organizzazione complessa quale il Sistema Sanitario Nazionale, al fine di garantire una maggiore trasparenza nelle valutazioni dei risultati nazionali, aumentare la qualità del servizio, stimare il tempo necessario e le strategie possibili per migliorare i risultati nazionali in termini di efficacia, efficienza ed equità.

Il ricorso alla BSC in sanità, infatti, può fornire una risposta alla crescente complessità ambientale (competizione, riduzione delle risorse disponibili), ma richiede alcune attenzioni. Innanzitutto, quella

* CEIS-Sanità-Università degli studi di Roma Tor Vergata.

(1) Nutt, Backoff e Hogan, 2000.

di evitare un uso rigido dello strumento: oltre alle tradizionali prospettive di analisi della BSC (economico-finanziaria, business interno, soddisfazione del cliente, apprendimento ed innovazione) in specifici contesti, quali le analisi di tipo macroeconomico o l'uso in aziende sanitarie pubbliche, riteniamo si debba aggiungere anche la prospettiva equità.

La proposta che segue tenta di superare in qualche modo la problematica del bilanciamento degli indicatori utilizzando una rappresentazione grafica (*Spider Diagram*) delle BSC che permette di valutare complessivamente le performance.

Si provvede, infine, ad individuare i punti di forza e di debolezza della metodologia della BSC applicata a livello macroeconomico, anche attraverso il confronto con i risultati ottenuti da altri metodi di analisi multidimensionale delle performance (ad esempio la classifica OMS).

Accertare se e quanto un sistema sanitario funziona ed individuare la strategia operativa collegata, obbliga a prendere in considerazione due complesse questioni: la prima riguarda la misurazione dei risultati ottenuti, la seconda attiene al rapporto tra i risultati ottenuti ed il target nazionale (risultati possibili a parità di risorse).

A tal fine, l'applicazione della BSC a livello macroeconomico permette di passare dalla strategia all'azione e alla rendicontazione. Per un sistema sanitario, i sistemi di valutazione delle performance, se collegati agli obiettivi interni ed ai risultati esterni (quelli ottenuti dagli altri paesi), consentono di trasferire sul piano istituzionale e relazionale dei risultati che altrimenti rischierebbero di diventare autoreferenziali.

2. ASPETTI GENERALI

La BSC, definita dai suoi ideatori² «un sistema manageriale di valutazione strategica che trasforma strategie e missioni dell'organizzazione in un set

bilanciato di indicatori di performance (di natura finanziaria e non finanziaria) correlati tra loro», è una metodologia che unisce un approccio manageriale alla misurazione delle performance aziendali con la gestione dei comportamenti organizzativi correlati al controllo delle prestazioni.

Tale strumento presenta la peculiarità di non focalizzare l'attenzione del management sui soli valori finanziari, che peraltro continuano a mantenere la loro validità, ma di estendere il controllo anche su altre prospettive³ che, oltre a fornire una visione complessiva delle performance del sistema, permetta il collegamento della strategia all'azione operativa.

Per garantire questa relazione, si deve attivare un percorso di attività sintetizzabile attraverso cinque principi⁴:

mappatura della strategia, basata su un'attenta lettura ed eventuale preventiva revisione della mission e della vision. Ciò presuppone l'individuazione di:

– *Key Performance Areas* (KPA), vale a dire gli ambiti più importanti su cui misurare i livelli di performance, riconducendole all'interno delle prospettive individuate e correlandole tra loro da relazioni "gerarchiche";

– *Key Performance Indicators* (KPI), gli indicatori chiave che serviranno a monitorare il livello di raggiungimento dei livelli di performance sopra definiti per ogni KPA o il raggiungimento delle specifiche iniziative operative per l'ottenimento degli obiettivi;

allineamento dell'organizzazione alla strategia, ovvero la diffusione a tutte le "articolazioni organizzative" dei risultati della fase precedente;

strategia come lavoro giornaliero di tutti (*make strategy everyone's job*);

strategia come processo continuo (*execute leadership strategy becomes a continual process*), inteso come la creazione di un sistema di miglioramento continuo e di apprendimento;

mobilitazione del cambiamento, attraverso il coin-

(2) KAPLAN R.S. e NORTON D.P. (1992) (1996).

(3) Le prospettive utilizzate nel modello originario sono: economico-finanziaria, della clientela, dei processi interni e dell'apprendimento e crescita. Come indicato da

FRITTOLO G. e MANCINI M. (2004) il numero e la tipologia delle prospettive va definito per ogni azienda anche se spesso facilmente riconducibile alle quattro prospettive della BSC proposte da Kaplan per le

aziende industriali.

(4) KAPLAN D., NORTON P., (1992), (1996), (2000).

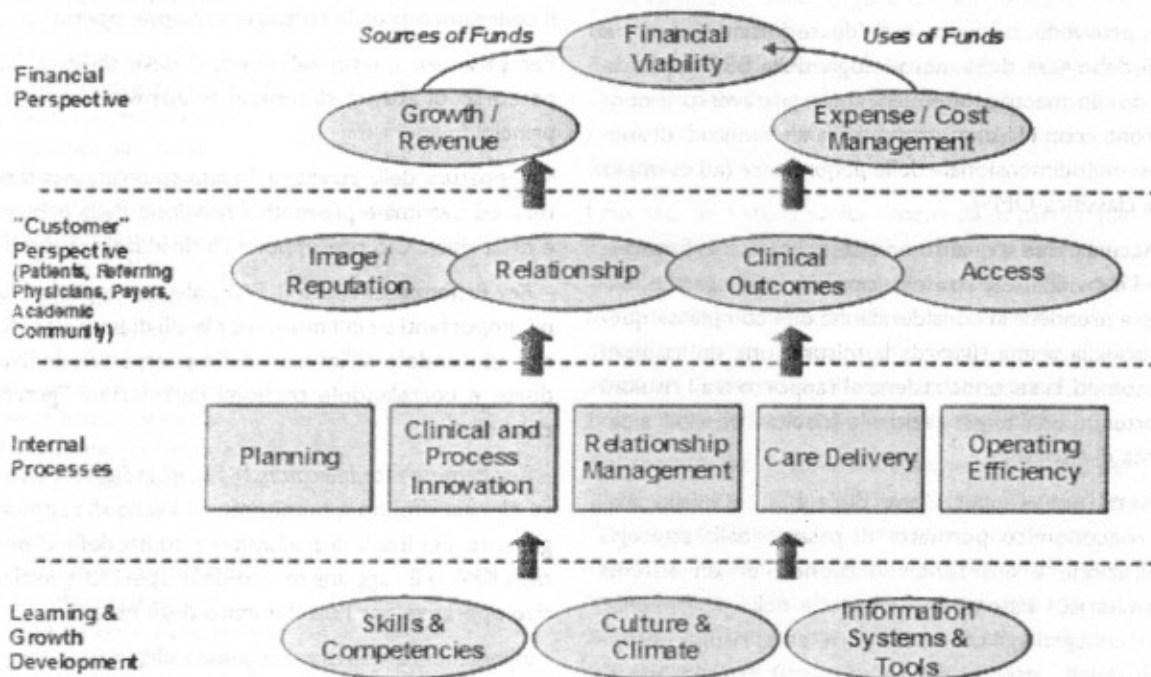
Una valutazione multidimensionale delle *performance* dei Sistemi Sanitari Nazionali

volgimento di tutti i soggetti interessati al lavoro (*executive leadership*).

La BSC, pertanto, non può essere considerata semplicemente come un metodo per migliorare il sistema di misurazione delle *performance* dell'organizzazione, ma come una modalità di gestione, proprio per le informazioni che fornisce sui legami tra indicatori e strategia. Con particolare riferimento al settore sanitario, i cambiamenti delle organizzazioni sanita-

rie, sempre più orientate alla riduzione dei costi, al miglioramento della qualità della cura, alla necessità di seguire linee guida e alla concorrenza su base regionale, hanno indotto ad un riesame dei processi di valutazione delle loro *performance* ed a delineare un modello di riferimento della sanità focalizzato sulla sostenibilità finanziaria, interpretata nella forma di equilibrio tra fondi utilizzati e introitati, indipendentemente dalle fonti di provenienza⁵.

Figura 1 - Modello di sviluppo della mappa strategica per un'azienda sanitaria



Fonte: BSC Collaborative Inc., 2003

Come evidenziato in letteratura⁶, ad ogni strategia aziendale è associata una scheda di valutazione bilanciata costruita sulle caratteristiche interne all'organizzazione e, comunque, concentrata su alcuni aspetti:

- l'efficienza delle risorse disponibili;
- la misurazione dell'*outcome* del beneficio sanitario dell'azione dell'organizzazione;

• il contributo apportato al sistema istituzionale d'appartenenza, in termini di coordinamento delle attività per la salute realizzate con tutti gli attori sociali (comuni, associazioni, ecc.).

Successivamente è necessario esprimere la relazione tra il risultato di una KPA e quello di un'altra, nonché intraprendere quelle azioni che portano valore a tutte le aree coinvolte, secondo le quattro dimensioni di valutazione⁷.

(5) BSC Collaborative Inc., (2003).

(6) Ad esempio i diffusi *tableau de bord*. Poche analisi sono disponibili sulla diffu-

sione della BSC nella Sanità Italiana. Cfr. BARALDI S., MONTAPERTO C. (2003).

(7) NUTT, BACKOFF e HOGAN, (2000).

3. LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI A LIVELLO INTERNAZIONALE

Numerosi sono i modelli di misurazione bilanciata delle performance adottati in ambito sanitario⁸ che, utilizzando gli stessi indicatori scelti oggi in molte *scorecard*, li organizzano in "prospettive", ma non riescono ad esprimere il legame esistente tra gli indicatori e la strategia.

L'innovazione della BSC non risiede pertanto nell'ottica bilanciata, quanto piuttosto nei legami tra gli

indicatori scelti e la strategia formulata, nonché nelle connessioni causa-effetto che misurano le relazioni tra KPA.

A livello internazionale, esistono sistemi di valutazione delle performance di Sistemi Sanitari Nazionali in termini di efficacia ed efficienza. L'OMS, ad esempio, effettua una valutazione affiancando agli indicatori tradizionali di spesa, altri indicatori per valutare il livello globale dello stato di salute, la distribuzione dello stato di salute nella popolazione, il livello di risposta del sistema alle aspettative e la distribuzione nella popolazione, l'iniquità nella contribuzione finanziaria⁹.

Tabella 1 - Indicatori di performance dei SSN in base alla classifica OMS

OGGETTO DI VALUTAZIONE	INDICATORE SINTETICO	INDICATORI
Livello globale dello stato di salute	<i>Disability Adjusted Life Expectancy (DALE)</i>	Tasso di mortalità Tasso di mortalità per età, causa e sesso Speranza di vita alla nascita <i>Disability Adjusted Life Years (DALY)</i>
Distribuzione dello stato di salute nella popolazione	Indice di eguaglianza della sopravvivenza dei bambini	Indice di eguaglianza della sopravvivenza dei bambini
Livello globale di risposta del sistema alle aspettative e la sua distribuzione nella popolazione	L'indice utilizzato è fondato su questionari informativi volti ad identificare il gruppo di persone ritenute più svantaggiate nei confronti della capacità di risposta	Questionari informativi volti ad identificare il gruppo di persone ritenute più svantaggiate nei confronti della capacità di risposta

Fonte: A. Muzzi a., G. Cananzi e N. Buzzi N., 2001, con adattamenti

Gli indicatori utilizzati sono stati elaborati per formulare una graduatoria di 191 Paesi (sviluppati ed in via di sviluppo) nell'ottica delle finalità tipiche di sanità pubblica.

A livello nazionale, interessante è l'esperienza del

Canada che dal 1997 adotta un sistema di *reporting* strutturato quale BSC¹⁰ i cui indicatori di natura economico-finanziaria sono integrati con indicatori di qualità, di performance clinica e di soddisfazione del paziente.

Figura 2 - La BSC nelle Istituzioni Sanitarie dell'Ontario



Fonte: P.M. Vitali, S. Nuti, 2003, con adattamenti

(8) ANTHONY R.N., et al. (1995).

(9) Per equo finanziamento del sistema si intende il peso che ogni famiglia sostiene per i costi del sistema sanitario e distribuito in rapporto alla capacità di pagare e non

al rischio di malattia, mentre la capacità di rispondere alle aspettative è determinata qualunque sia il gruppo di popolazione interessato. MUZZI A., CANANZI G. e BUZZI N. (2001).
(10) Per calcolare gli indicatori relativi alle

prospettive di soddisfazione del paziente e al sistema di integrazione e cambiamento sono stati raccolti i dati necessari attraverso un questionario somministrato ai pazienti. Cfr. www.hospitalreport.ca.

Una valutazione multidimensionale
delle *performance*
dei Sistemi Sanitari Nazionali

Per ciascuno dei 39 indicatori utilizzati, si effettua una valutazione comparata tra le *performance* di ospedali della stessa tipologia nell'ambito della Regione dell'Ontario¹¹.

Ciò perché non esistono *standard* (provinciali, nazionali o internazionali) cui far riferimento per la predisposizione di un modello ottimale di *performance*.

L'*Hospital Report* è, quindi, un'applicazione a livello istituzionale dei principi della BSC avente lo scopo di aiutare i cittadini a meglio comprendere e valutare la *performance* di ciascun ospedale in relazione ai risultati ottenuti dalle altre strutture della provincia.

Le *performance* sono misurate assegnando un livello di eccellenza, calcolato con riferimento al risultato medio del campione osservato.

4. LA BSC APPLICATA AI SISTEMI SANITARI NAZIONALI

Sulla scorta dell'esperienza canadese e considerando che il Sistema Sanitario Nazionale, al pari di un'azien-

da, è caratterizzato da una molteplicità di attori e di equilibri, in una situazione di forte dipendenza ed interrelazione reciproca, volti alla realizzazione di un obiettivo comune rappresentato dal miglioramento dello stato di salute¹², sembra possibile applicare i principi della BSC anche per la valutazione delle *performance* dei Sistemi Sanitari Nazionali.

Un sistema di valutazione multidimensionale delle *performance* "integrato" agli obiettivi nazionali e caratterizzato da forme di regolazione *bottom-up* tipiche della BSC, permetterebbe al sistema di essere dinamico e al tempo stesso controllato¹³; con riferimento a quest'ultimo aspetto, la valutazione delle *performance* effettuata mediante comparazioni nazionali¹⁴ consentirebbe di migliorare i risultati nazionali.

A livello nazionale, però, è importante che il confronto sia effettuato tra paesi con caratteristiche di sviluppo tra loro confrontabili.

È dimostrato¹⁵ che la sanità si comporta come un bene di lusso, quindi sia il paniere di beni sanitari, sia la quantità di beni sanitari, dipende dal reddito pro-capite.

Tabella 2 - I sistemi di finanziamento in 15 Paesi dell'Unione Europea

Paese	Sistema di finanziamento primario	Sistema di finanziamento supplementare
Finlandia	Finanziamento pubblico prevalentemente fiscale	Assicurazioni private volontarie Pagamento diretto
Grecia		
Irlanda		
Italia		
Svezia		
Spagna		
Regno Unito		
Danimarca		
Portogallo		
Austria		
Belgio		
Francia		
Germania		
Lussemburgo		
Olanda	Finanziamento misto Assicurazione Sociale+Assicurazione privata	Pagamento diretto Imposte pubbliche

Fonte: Prometeo, Atlante della Sanità Italiana, 2001

(11) OHA (2001).

(12) "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantito, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni

e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale" Art. 1 decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229.

(13) VICARELLI G. (2001).

(14) Al pari di quanto avviene in Onta-

rio (cfr. Hospital Report 2003 in www.hospitalreport.ca) il confronto tra i sistemi sanitari dovrà avvenire tra sistemi sanitari tra loro simili.

(15) SMITH S., FREELAND M., HEFFLER S., MCKUSICK D., (1998).

Inoltre, nonostante le condivise differenze istituzionali, organizzative e culturali esistenti tra Sistemi Sanitari Nazionali, che danno inevitabilmente luogo a forme diversificate di concreta attuazione dei processi di integrazione e regolamentazione pubblico-privato, la BSC può essere applicata a livello macroeconomico poiché tutti i sistemi hanno una *mission* comune: un sistema sanitario deve mantenere lo stato di salute dell'intera popolazione al livello più elevato possibile¹⁶.

Ci si propone, nel presente lavoro, di considerare la relazione tra *output/outcome* e *mission* nazionale (il miglioramento della salute della collettività data la disponibilità, equità, accessibilità, sostenibilità e qualità del servizio) ed in secondo luogo il rapporto tra i risultati ottenuti ed i *target* del sistema sanitario (risultati possibili a parità di risorse¹⁷). Nel presente lavoro si è ritenuto di semplificare l'applicazione della metodologia, in ambito macroeconomico, utilizzando i dati OCSE 2004 secondo quattro prospettive di analisi:

Prospettiva cliente. I fruitori dei servizi sanitari, oltre all'obiettivo prioritario di mantenere un buono stato di salute, sono generalmente interessati all'ef-

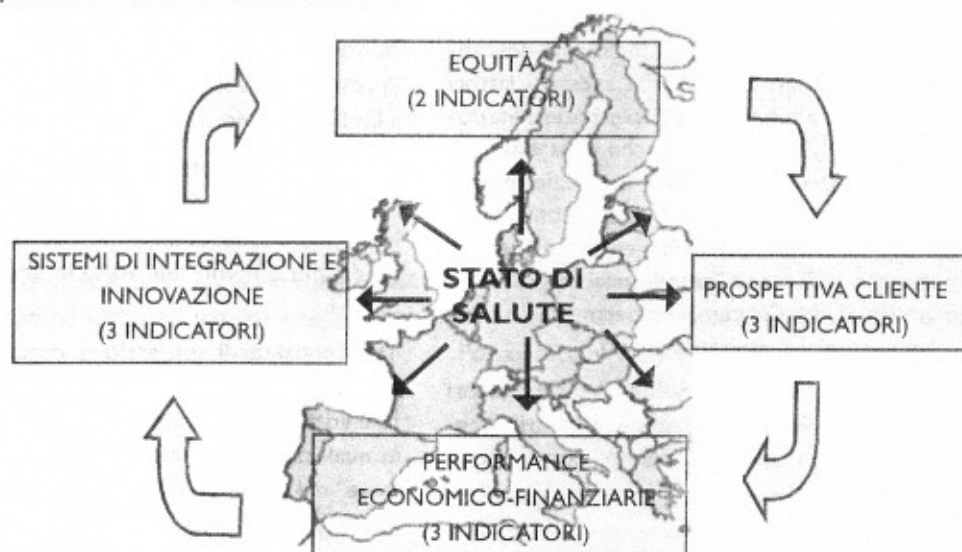
ficacia della cura. Il servizio dovrà, pertanto, orientarsi verso il miglioramento della qualità della prestazione¹⁸ soprattutto nei sistemi sanitari a gestione pubblica, che spesso presentano scarsa capacità di rispondere alle aspettative¹⁹;

Performance economico-finanziarie. La conoscenza dell'ammontare dei flussi finanziari e delle risorse assorbite dal settore sanitario sono alla base di una gestione responsabile dei sistemi sanitari;

Sistemi di integrazioni ed innovazione. Prospettiva che mira ad evidenziare l'evoluzione dell'organizzazione sia nei suoi aspetti interni (risorse umane), sia nei suoi aspetti esterni (prestazioni erogate). Per soddisfare le aspettative dei fruitori del servizio, il sistema sanitario deve assicurarsi costantemente nel tempo la capacità di creare valore attraverso l'innovazione del sistema;

Equità. Nel rispetto delle indicazioni di metodo fornite dai fondatori della BSC, la prospettiva equità che abbiamo inserito nell'analisi sembra importante per descrivere degli aspetti che caratterizzano un sistema sanitario pubblico: la garanzia di uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari rientra tra gli obiettivi prevalenti del sistema sanitario²⁰.

Figura 3 - Un'applicazione di BSC a livello macroeconomico



(16) MUZZI A., CANANZI G. e BUZZI N. (2001).
(17) Le organizzazioni sanitarie contemporanee sono sempre più orientate alla riduzione dei costi, al miglioramento della qualità della cura, alla necessità di seguire linee guida. Ciò ha portato a riesaminare

i processi di valutazione delle performance. Cfr. CASTAÑEDA-MÉNDEZ, K. (1996).
(18) LOUIDICE M. (1998).
(19) BULLETIN WHO 2000.
(20) Il peso che ogni famiglia sostiene per i costi del sistema sanitario deve essere distri-

buito in rapporto alla capacità di pagare e non al rischio di malattia, «il ricco ed il povero sono trattati nello stesso modo, quando povertà non è disabilità e ricchezza non è un vantaggio». Commento di Aneurin Bevan (fondatore del National Health Service).

Una valutazione multidimensionale delle *performance* dei Sistemi Sanitari Nazionali

Al fine di procedere alla valutazione delle *performance* dei Sistemi Sanitari Nazionali, sono stati quindi individuati alcuni indicatori di riferimento²¹ che forniscono un'informazione significativa per quanto riguarda: l'attendibilità della fonte dei dati; la numerosità complessiva delle misure utilizzabili; l'efficacia

informativa; la sinteticità ed efficacia delle misure individuate²².

Gli indicatori, suddivisi per prospettiva di analisi costituiscono misure di efficacia, efficienza, *outcome* e di organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale che, se opportunamente combinate, misurano la *performance* complessiva nazionale.

Tabella 3 - Indicatori di performance del Sistema Sanitario Nazionale

PROSPETTIVA CLIENTE	PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIE
<ol style="list-style-type: none"> Aspettativa di vita alla nascita (numero medio di anni che una persona si attende di vivere date le cause di mortalità prevalenti nel paese) Anni di vita potenzialmente persi Percezione di un "buono" stato di salute (in percentuale della popolazione totale, per tutte le età). 	<ol style="list-style-type: none"> Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL Tempo medio di permanenza in <i>acute care</i> (giorni) al netto dei decessi avvenuti nell'anno²³.
SISTEMI DI INTEGRAZIONE/INNOVAZIONE	EQUITÀ
<ol style="list-style-type: none"> Investimenti pubblici e privati in apparecchiature mediche in percentuale del PIL Numero di tecnologie mediche per 1.000.000 abitanti (tomografia computerizzata e scannerizzata) Numero iscritti a corsi universitari in scienze mediche/popolazione di età superiore a 20 anni (per 1.000 abitanti). 	<ol style="list-style-type: none"> Spesa a carico dei pazienti in percentuale della spesa sanitaria totale Equità nella contribuzione finanziaria alla sanità²⁴.

Secondo la logica della BSC gli indicatori dovrebbero essere bilanciati tra loro, ma spesso i fattori di bilanciamento risultano di difficile determinazione quand'anche non arbitrari. Anche nella classifica OMS gli indicatori hanno pesato in uguale misura. Nel presente lavoro, in assenza di indicazioni ritenute oggettive sui criteri di bilanciamento, si è ritenuto di aggirare il problema utilizzando una rappresentazione grafica *Spider Diagram*, che permette una lettura complessiva dei risultati ottenuti.

Per rendere confrontabili i valori degli indicatori nell'analisi grafica è necessario standardizzarli. Operazione che è stata fatta esprimendoli come distanza dalla media²⁵.

Tale approccio è peraltro coerente con il processo di convergenza finanziaria e regolamentativa in atto a livello europeo.

In una logica parametrica sono state poi calcolate soglie superiori ed inferiori di tolleranza degli indicatori, ad esempio in corrispondenza della media più o meno due volte lo scarto quadratico medio.

Tale modalità di espressione degli indicatori permette in definitiva di rendere confrontabili gli stessi, in un'ottica multidimensionale, ed anche di indicare in quali casi si è in presenza di caratteristiche "anomale" del sistema.

(21) Nei limiti della disponibilità dei dati forniti da l'OECD Health Data 2004.

(22) Per i criteri che vengono comunemente adottati nella scelta degli indicatori, si veda SCANDIANI V., TAVECCHIO M. (2001).

(23) Il tempo medio di permanenza è stato calcolato dividendo il numero di giorni

di permanenza in *acute care* (calcolata dalla data di ammissione) ed il numero di dimissioni e decessi avvenuti nell'anno.

(24) L'indice equità nella contribuzione finanziaria alla sanità è tratto dalla classifica OMS del 1997.

(25) Si è preliminarmente proceduto ad

analizzare le distribuzioni degli indicatori per eliminare gli *outliers*. Si sono successivamente calcolate medie e scarti quadratici medi "robusti", standardizzando successivamente in termini di scarti dalla media espressi in unità di scarto quadratico medio.

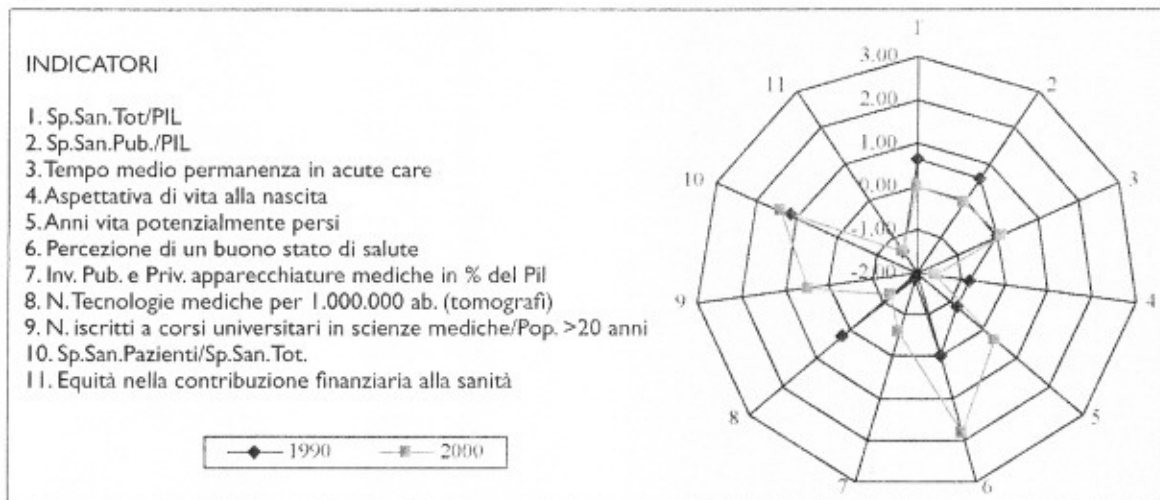
5. UN'APPLICAZIONE AI 15 PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

L'analisi grafica dei risultati, effettuata ricorrendo allo *Spider Diagram*, ha permesso di evidenziare sia l'andamento delle performance nel tempo all'interno di uno stesso paese²⁶, sia rispetto ai risultati conseguiti dagli altri paesi. Per una corretta lettura dei risultati si sottolinea, infatti, che i valori maggiori di 0 rappresentano performance "negative" rispetto al dato medio dei 15 Paesi dell'Unione Europea e che la convergenza dei valori verso l'origine degli assi esprime un miglioramento dei risultati ottenuti nel corso del tempo.

L'Italia presenta una situazione particolare. A fron-

te del conseguimento di obiettivi di efficienza come evidenziato dagli indicatori 1, 2 e 3, e buoni risultati in termini di innovazione, si è verificato nel periodo 1990-2000 un peggioramento della "prospettiva cliente". Come evidenziato dagli indicatori riportati in figura 4, a fronte di una spesa sanitaria nazionale che è diminuita in termini percentuali rispetto al PIL, ed una degenza media per acuti costante, sono peggiorati i risultati in termini di "anni di vita potenzialmente persi" e "percezione di un buono stato di salute". I cittadini italiani hanno, infatti, una percezione dello stato di salute molto bassa rispetto agli altri paesi europei²⁷ e ciò è evidenziato da un valore dell'indicatore 6 lontano dall'origine degli assi.

Figura 4 - Le performance del Sistema Sanitario in Italia



Fonte: nostra elaborazione su OECD Health Data 2004

Per altri paesi, come ad esempio la Danimarca, è evidente come la politica sanitaria nazionale sia stata in grado di raggiungere contemporaneamente obiettivi di efficienza, equità, innovazione e sviluppo, rispondenza al bisogno di salute pubblico. L'analisi grafica evidenzia, infatti, che nel 2000 tutti gli indicatori convergono verso l'origine degli assi²⁸.

Vi sono poi alcuni paesi, come ad esempio il Portogallo, che presentano una situazione di forte squilibrio

interno, con conseguente allontanamento dal target europeo. Dall'analisi grafica si evince che il Portogallo, a fronte di un miglioramento tecnologico del settore sanitario, ha una spesa sanitaria che negli anni ha assorbito una quota sempre maggiore di ricchezza nazionale ed una "prospettiva cliente" che, seppur in miglioramento, è molto lontana (in negativo) rispetto ai risultati medi dell'Unione Europea.

(26) Il confronto è stato effettuato per gli anni 1990 e 2000.

(27) Nel 2000, il 56,2% della popolazione italiana ha la percezione di un buono sta-

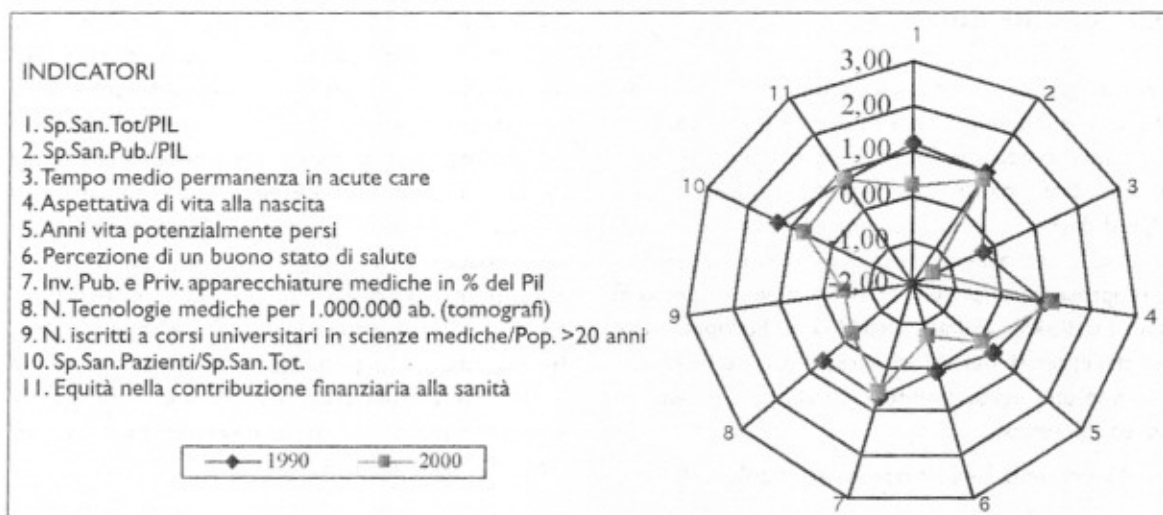
to di salute, contro il 71,4% della media europea.

(28) Fa eccezione l'indicatore n. 9 (n. iscritti a corsi universitari in scienze mediche

in percentuale della popolazione nazionale di età maggiore di 20 anni) poiché l'anno 1990 l'OECD Health Data 2004 non fornisce informazioni al riguardo.

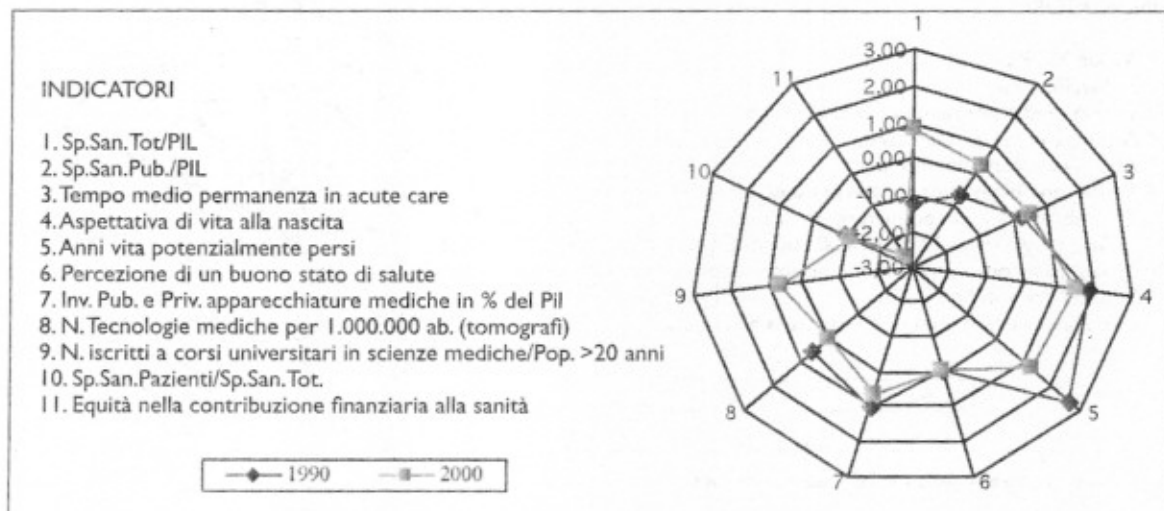
Una valutazione multidimensionale delle performance dei Sistemi Sanitari Nazionali

Figura 5 - Le performance del Sistema Sanitario in Danimarca



Fonte: nostra elaborazione su OECD Health Data 2004

Figura 6 - Le performance del Sistema Sanitario in Portogallo



Fonte: nostra elaborazione su OECD Health Data 2004

6. CONCLUSIONI

La BSC applicata a livello macroeconomico diventa, quindi, lo strumento per tradurre la strategia in azione operativa²⁹, agevolare l'integrazione organizzativa e la diffusione delle informazioni, nonché per garantire la coerenza negli obiettivi degli operatori sanitari con quelli istituzionali.

Contrariamente ai tradizionali sistemi di valutazione che tendono ad orientarsi al breve periodo, la BSC è uno strumento di miglioramento delle performance di lungo periodo, che potrebbe contribuire a favorire il raccordo tra la programmazione nazionale e l'attività di gestione, nonché a migliorare l'informazione tra i cittadini delle performance del Servizio Sanitario Nazionale.

È opportuno inoltre sottolineare che la metodologia della BSC non si limita solo a fotografare una

situazione, ma vuole informare circa la capacità di miglioramento delle performance e di raggiungimento nel medio/lungo tempo della mission "aziendale", seppure in presenza di alcuni limiti:

non è un sistema di gestione, è soltanto un sistema di fissazione degli obiettivi e misurazione dei risultati;

gli indicatori utilizzati potrebbero essere oggetto di miglioramento, a condizione della disponibilità di informazione di più paesi;

permette il confronto solo fra paesi simili, anche in termini di sviluppo economico.

La valutazione delle performance in un'ottica multidimensionale come quella della BSC, inoltre, sembra superare i risultati ottenuti a livello internazionale dall'indagine Eurobarometro e dalla classifica OMS³⁰, stilata quest'ultima seguendo un'ottica di pura sanità pubblica, seppure multidimensionale. La classifica OMS, infatti, non permette di individuare i punti di debolezza del sistema in un'ottica integrata.

In sintesi, pur trattandosi solo di un primo tentativo di applicazione della BSC ai Sistemi Sanitari Nazionali che non permette di effettuare una classifica³¹ in termini di performance tra i Paesi considerati, è possibile evidenziare alcuni aspetti positivi della metodologia:

consente un confronto tra risultati nazionali;

rende dinamica ed integrata l'analisi delle performance nazionali, infatti, i risultati annuali possono orientare la gestione al cambiamento perché sulla base degli obiettivi nazionali è possibile leggere i risultati in termini complessivi;

è più vicina ai risultati di customer satisfaction di quanto non lo siano sistemi di valutazione unidimensionali;

permette il confronto tra sistemi "simili" e quindi tra loro confrontabili, cosa che non viene considerata in altri metodi di valutazione multidimensionale, come la classifica OMS³² che confronta paesi molto diversi tra loro.

Bibliografia

- R. N. Anthony, J. Dearden e N. M. Bedford, *Management Control Systems*, Irwin, Homewood, 1995.
- G. R. Baker e G. H. Pink, *A balanced scorecard for Canadian hospitals*, in *Health Manage Forum* 1995, n. 8(4), pag. 7.
- S. Baraldi, e C. Montaperto, *Il Balanced scorecard in Sanità: l'esperienza dell'azienda ospedaliera San Carlo Borromeo*, Il Sole 24 Ore, Inserto Sanità e Management n. 2., 2003.
- BSC Collaborative Inc., 2003.
- Bulletin WHO, 2000.
- Castañeda-Méndez K. *Value-based cost management for healthcare: Linking costs to quality and delivery*, in *Quality Resources*, Inc New York, 1996, May, pag. 7.
- C. Cuccurullo e A. Tommasetti, *L'impiego delle mappe strategiche nella balanced scorecard: processo di costruzione ed effetti sistemici*, in *Mecosan* 2004, gennaio-marzo, pag. 47.
- M. Epstein e J. Manzoni, *Implementing corporate strategy: from tableau de board to balanced scorecard*, in *European Management Journal* 1998, vol. 16, n. 2, pag. 190.
- G. Frittoli e M. Mancini (2004), *Balanced scorecard e aziende sanitarie*, in *Mecosan* 2004, gennaio-marzo, pag. 21.
- G. Frittoli e A. Danese, *Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la balanced scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie*, in *Rapporto CEIS-Sanità 2004: sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F. S. Mennini e F. Spandonaro, Italtipromo Esis Publishing, 2004.
- R. S. Kaplan e D. P. Norton, *The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance*, in *Harvard Business School* 1992, Vol. 70, n. 1, January-February, pag. 71.
- R. S. Kaplan e D. P. Norton, *Putting the Balanced Scorecard to Work*, in *Harvard Business School* 1993, Vol. 71, n. 5, September-October, 134.
- R. S. Kaplan e D. P. Norton, *The Balanced Scorecard - Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston, 1996.

Una valutazione multidimensionale
delle *performance*
dei Sistemi Sanitari Nazionali

- R. S. Kaplan e D. P. Norton, *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*, in *California Management Review* 1996, Vol. 39, n. 1, pag. 53.
- R. S. Kaplan e D. P. Norton, *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*, in *Harvard Business Review* 1996, Vol. 74, n. 1, pag. 75.
- R. S. Kaplan e D. P. Norton, *The strategy-focused organization. How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Harvard Business School Press, Boston, 2000.
- D. R. Lancaster e A. King, *The spider diagram nursing quality report card*, in *Journal of Nursing Administration* 1999, n. 29 (7/8), pag. 43.
- M. Loiudice, *La gestione del cambiamento in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
- R. Mannion e M. Goddard, *The impact of performance measurement in the NHS*, Reported prepared for the Department of Health, Centre for Health Economics, University of York, 2000.
- B. Mattson, *Balanced scorecard measures more than finance*, in *Washington Business Journal* 1999, n.3 September (www.bizjournals.com/washington).
- A. Muzzi, G. Cananzi e N. Buzzi, (2001) *La valutazione della performance dei sistemi sanitari*, in *Igiene e Sanità Pubblica* 2001, Vol. LVII, N. 1/2.
- P. C. Nutt, R. W. Backoff e M. E. Hogan, (2000) *Managing the Paradoxes of Strategic Change: A Case Study*, in *Journal of Applied Management Studies* 2000, n. 9 (1), pag. 5-31.
- Prometeo, *Atlante della Sanità Italiana*, 2001.
- V. Scanziani e M. Tavecchio, *Tradurre la vision aziendale in obiettivi strategici e operativi con le balanced scorecard*, in *Economia e Management* 2001, n. 1, pag. 105.
- S. Smith, M. Freeland, S. Heffler D. McKusick e the Health Expenditures Projection Team, *The next ten years of health spending: what does the future hold?*, in *Health Affairs* 1998, n. 17(5), pag. 128.
- OHA, *Ontario hospital cost performance comparisons of community hospitals in Ontario with community hospitals in other provinces*, Hay Group. www.hospitalreport.ca, 2001.
- OECD, *Health Data 2004*, First Edition, 2004.
- P. M. Vitali e S. Nuti, *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Ancona, 2003.
- G. Vicarelli, *Controllo, competizione e collaborazione nei Sistemi Sanitari Europei. Politiche e assetti organizzativi a confronto*. Franco Angeli, Ancona, Novembre 2001.