

L'ATTRIBUZIONE DI VALORE IN UN'ESPERIENZA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ IN AREA SOCIOSANITARIA

Ida Finzi

Il mio punto di osservazione sono i servizi sociosanitari territoriali della città di Milano, nei quali lavoro con funzioni cliniche e organizzative da molti anni.

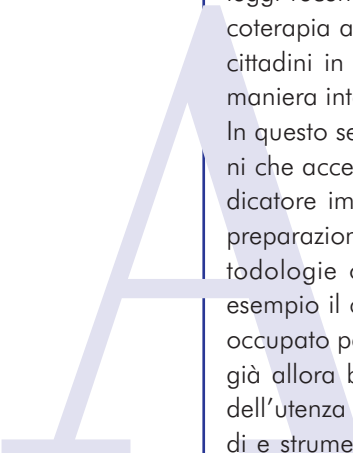
Il problema dell'attribuzione di valore e della valutazione nei servizi è stato percepito dagli operatori negli ultimi anni con modalità che si sono modificate rapidamente, ma hanno conservato connotazioni ambivalenti. Da una parte gli elementi di obbligatorietà, di controllo burocratico amministrativo gestito in maniera percepita come fiscale, miope ed incompetente se non sul versante strettamente economico-ragionieristico, fa temere esiti negativi sull'organizzazione e sulle finalità dei servizi; dall'altra ci si è convinti dell'utilità e della necessità di definire criteri e metodi di valutazione che favoriscano la visibilità e l'attribuzione di scientificità ad attività che sono sempre state giudicate come caratterizzate da scarsa evidenza e da apparente improvvisazione.

Può servire ripercorrere i cambiamenti avvenuti nel corso di tempi abbastanza lunghi.

Mi sembra che negli anni settanta, quando alcuni dei servizi di territorio sono stati istituiti, l'attribuzione di valore all'attività e ai servizi avvenisse a partire da due presupposti importanti:

- la novità delle metodologie di lavoro sul piano clinico e operativo;
- la congruenza delle finalità politico-istituzionali con il nostro interesse professionale e con l'impegno civile.

La scelta di lavorare nel pubblico comprendeva in sé il fatto



che si desse valore alla costruzione di servizi per i cittadini ai quali erano riconosciuti dei diritti, e alla definizione di metodologie operative basate sulla tutela della salute, sulla prevenzione e sull'utilizzo della relazione come strumento di intervento. Alcuni gruppi di lavoro si sceglievano sulla base di espliciti progetti condivisi. L'attribuzione di valore veniva anche dal radicamento nel territorio e dalla condivisione delle strategie con gruppi organizzati (si pensi ad esempio ai comitati di gestione dei consultori familiari). Forse non è stato così dappertutto, ma sicuramente questo era il clima condiviso dagli operatori più sensibili e motivati durante gli anni 70 e i primi anni 80 a Milano. Gli obiettivi erano in un certo senso "pionieristici": favorire l'accesso spontaneo dell'utenza, occuparsi di bambini piccoli per fare diagnosi e presa in carico precoce, aumentare la conoscenza da parte dell'utenza delle risorse offerte, applicare le leggi recentemente approvate, mettere la psicologia e la psicoterapia a disposizione di tutti, aumentare le conoscenze dei cittadini in materia di tutela della propria salute, lavorare in maniera interdisciplinare, ecc.

In questo senso la quantità di lavoro, cioè il numero di cittadini che accedevano ai servizi, poteva essere considerato un indicatore importante del loro buon funzionamento, mentre la preparazione degli operatori e la riflessione condivisa sulle metodologie operative garantivano la qualità del lavoro. Ad esempio il coordinamento tecnico dei Consultori familiari si è occupato per anni di questo aspetto. I vincoli economici erano già allora ben presenti, nel senso che rispetto alla domanda dell'utenza le risorse a disposizione in termini di personale, sedi e strumentazione erano quasi sempre inadeguate. Tuttavia agli operatori, anche con funzioni di dirigenza, non erano attribuite responsabilità relativamente alla gestione economica dei servizi.

In una fase successiva il valore dei servizi è stato determinato prevalentemente dall'impegno degli amministratori che si sono succeduti: chi condivideva l'importanza e l'utilità di erogare determinati servizi ai cittadini, ne salvaguardava e sviluppava l'impianto e le risorse, chi non li conosceva o non era abba-

stanza interessato, o decideva per altre scelte di priorità, lasciava che le cose proseguissero per inerzia o si estingueressero più o meno rapidamente. In sostanza chi è stato competente e informato ha ottenuto risorse per mantenere l'esistente, raramente per potenziarlo; l'attribuzione di valore mi sembra sia stata in quel periodo di tipo abbastanza soggettivo, forse ideologica e scarsamente discussa o condivisa.

I vincoli non erano solamente di tipo economico ma erano piuttosto legati a strategie individuali dei singoli amministratori. A fronte dell'aumento delle richieste e della contrazione delle risorse gli operatori hanno cercato adattamenti anche attraverso strategie di intervento nuove (ad esempio per la gestione delle liste d'attesa o per gli interventi nelle scuole ecc). Nelle situazioni nelle quali vi era coerenza di indirizzi fra operatori e amministratori è stato possibile mantenere e migliorare il livello qualitativo, in altre situazioni si sono verificati processi di sopravvivenza o di impoverimento quantitativo e qualitativo per l'assenza di programmazione e di strategie per la difesa dell'esistente.

L'avvento dell'aziendalizzazione porta negli anni 90 un linguaggio nuovo; per la prima volta si parla di controllo di gestione e di produttività dei servizi in termini complessivi. La conoscenza e comprensione dei contenuti delle norme di riforma è stata veicolata dalla componente amministrativa delle aziende, componente che da sempre si è presentata agli operatori come tutt'altro che collaborativa rispetto agli obiettivi istituzionali. Raramente si è sperimentato il principio che gli amministrativi costituissero un reale supporto al miglior funzionamento complessivo o che recepissero i bisogni della componente sanitaria ai fini dell'ottimizzazione dei servizi, e ne favorissero le soluzioni. La cultura dominante è stata per lo più opposta: burocratizzazione, lentezza, difficoltà aggiuntive, scarsa conoscenza dei problemi reciproci. (Il fatto grave è che le cose continuano così, o forse peggio, dopo anni di cosiddetta aziendalizzazione.)

Gli operatori hanno impiegato molto tempo a recepire la novità; hanno sviluppato resistenze per l'estraneità delle logiche e

dei linguaggi, per la povertà dell'informazione e per la carente conoscenza dei problemi operativi reali da parte di chi proponeva i modelli gestionali. La reazione immediata è stata di rifiutarsi di essere valutati nei termini di una produttività semplificatoria e puramente quantitativa; ma progressivamente si è prodotta un'elaborazione del problema, a partire dal fatto che la cultura della valutazione si sta sviluppando anche attraverso un dibattito culturale e scientifico interno alle singole professioni.

L'avvicinamento fra i due mondi si è avuto nelle rare occasioni in cui si sono costruite situazioni di formazione o di sperimentazione nelle quali lo sforzo di incontrarsi è stato condiviso dalle diverse componenti: quella amministrativa, quella tecnico-sanitaria ma anche quella che si proponeva per condurre la formazione. Lo sforzo è grande perché implica veramente il superamento di diffidenze e di postulati aprioristici da parte di tutti. Inoltre la mancanza di orientamenti omogenei e coerenti a livello regionale o quanto meno aziendale implica che ciascuna esperienza si svolga isolatamente e sia scarsamente conosciuta e condivisa.

L'esperienza alla quale mi riferisco è stata svolta due anni fa, nel precedente assetto organizzativo; non ha avuto un esito applicativo reale, perché è avvenuta a ridosso di cambiamenti istituzionali, i quali hanno in genere azzerato le esperienze gestionali avanzate, e prodotto un arresto dello sviluppo della ricerca e della sperimentazione in questo campo.

Mi è sembrata interessante perché è stata un'occasione di approfondimento di nodi e difficoltà, di maggior comprensione del contesto e di applicazione possibile di criteri. Si è trattato di un lavoro di formazione e sperimentazione che ha coinvolto tutta l'azienda e ha costituito priorità per il raggiungimento degli obiettivi di incentivazione dei dirigenti in quel periodo. Non ha assolutamente risolto il conflitto fra le diverse componenti aziendali, ma ne ha messo in evidenza le complessità.

Il compito generale era quello di definire le "business units" di ciascun Servizio, nonché di costruire indicatori di qualità ed applicarli per il periodo indicato.

Tratterò di seguito i problemi emersi e discussi ed alcuni punti d'arrivo; penso infatti che sia interessante analizzare il processo di lavoro più che lo specifico delle definizioni raggiunte.

Un primo problema si è posto nell'analizzare il rapporto fra controllo di gestione e qualità.

L'idea immediata è che i due aspetti siano in contraddizione fra loro e che a maggior qualità corrispondano maggiori costi. Naturalmente questo non è sempre vero, ma per sfatare questa mitologia corrente si usa dare un grande peso per la valutazione di qualità, all'analisi del valore attribuito dai clienti ai servizi ed influenzato in larga misura da un effetto alone prodotto da fattori di tipo relazionale: gentilezza nell'accoglienza, puntualità, ecc. Per questo motivo è comune un forte impegno formativo sugli operatori del "front line" nella speranza di modificare l'atteggiamento dell'accoglienza e di favorire l'orientamento al cliente.

Per i nostri servizi questo elemento non ha peso, in quanto l'attenzione alla relazione fa parte integrante da sempre della metodologia di lavoro; caso mai è necessario monitorare che non si verifichi un logoramento da "burn out" nelle modalità di accoglienza.

La complessità piuttosto è data dall'accesso di una utenza particolare, che giunge per invii coatti o in situazione di grave disagio sociale e per la quale il modello di valutazione dello sportello ambulatoriale non ha alcun significato e deve essere ridefinito.

Un secondo tema di discussione è quello del significato reale della concorrenzialità fra pubblico e privato. Senza entrare nel merito delle politiche sanitarie regionali, e restando nell'ambito dei servizi territoriali, benché i processi di valutazione legati all'accreditamento stiano forse costruendo lentamente una traccia, rimane abbastanza difficile immaginare come la cosiddetta concorrenzialità si declinerà nel concreto. La condizione del pubblico mantiene una specificità pesante sia per l'attribuzione di compiti istituzionali obbligatori, sia per i vincoli giuri-

CONTROLLO
DI GESTIONE E
QUALITÀ

CONCORRENZIA-
LITÀ FRA PUBBLICO
E PRIVATO

dico amministrativi che non sono stati modificati in modo sostanziale nel processo di aziendalizzazione. E forse anche per la tipologia dell'utenza della quale ci si occupa. Diventare competitivi all'interno della gabbia nella quale ci si trova è un'impresa che appare impossibile e paradossale. Ma questo ha un peso enorme nell'attribuzione di valore alle attività, sia da un punto di vista soggettivo di chi lavora, sia dal punto di vista degli utenti, e anche di chi amministra e gestisce. Sembra verificarsi una sorta di avvitamento in un processo di svalorizzazione che si autoalimenta.

In questo quadro assumono particolare importanza gli sporadici elementi di "imprenditorialità" che si sono sperimentati nel pubblico. Ad esempio iniziative non tradizionali come la preparazione al parto in piscina, abitualmente realizzata solo nel privato, oppure il "marketing" di competenze specifiche di tipo formativo, o alcune iniziative specializzate che possono autofinanziarsi (mediazione familiare, sportelli di counseling, ecc.).

Come valutare questo tipo di impresa, che non è certo consistente dal punto di vista quantitativo, è economicamente irrilevante, ma ha un peso importante dal punto di vista simbolico e come esempio di innovazione possibile? Se infatti si vuole contrastare la tendenza a rappresentare il pubblico solo come luogo di accoglienza dei bisogni di fasce "residuali", è proprio nella direzione di attività di prevenzione specializzata o di alta interdisciplinarietà che ci si deve orientare. Bisogna quindi trovare sistemi di incentivazione e modalità di facilitazione a livello gestionale, favorire la visibilità delle iniziative e mettere a punto strumenti di valutazione specifici.

LA COSTRUZIONE DEL BILANCIO

Un altro passaggio importante nella riflessione si è avuto quando si è trattato di definire le modalità con le quali si costruiva il bilancio economico. L'analisi delle voci da inserire è subito apparsa come molto complessa se si voleva tener conto di tutti gli intrecci organizzativi aziendali.

Non era sufficiente tener conto di strutture, personale, spese di gestione ecc., ma occorreva andare a rivedere percorsi di spesa imputati a capitoli diversi e mai connessi fra loro. Un esem-

pio sono i pagamenti di prestazioni di tipo psicoterapico autorizzate come riabilitazione presso strutture esterne, mai valutate né calcolate nell'ambito della fasce d'età e delle competenze di riferimento, né controllate dal punto di vista delle indicazioni o delle risorse interne all'azienda. Oppure, analogamente, la selezione e l'indicazione per l'invio esterno di trattamenti complessi relativi alla casistica multiproblematica, ecc.

Si è quindi visto che era necessario non solo ridefinire con estrema precisione le diverse tipologie di intervento, ma incidere sull'organizzazione per realizzare un reale controllo della spesa e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse. E' chiaro che per ottenere questo occorre disporre di parametri di valutazione non solo economici, ma anche, e prioritariamente, tecnico-metodologici specifici ai singoli ambiti di intervento.

L'invio di casistica con problemi di abuso a strutture specialistiche private o del privato sociale, ad esempio, non può essere determinato unicamente dal budget assegnato a questa funzione, ma deve rispondere anche a criteri stabiliti da un processo di valutazione del caso secondo parametri che individuino l'opportunità di un invio piuttosto che di una presa in carico interna. Questo processo si connette a sua volta con la definizione delle priorità di intervento aziendale e con le strategie di investimento sulla formazione del personale.

E così via, in una rappresentazione del sistema molto più complessa, che a sua volta dovrebbe determinare l'ammontare del budget stesso. Naturalmente in questo sistema deve entrare anche la valutazione degli interventi e della loro efficacia, sia relativamente a quelli attuati con risorse interne che esterne all'azienda.

Quando questi passaggi non vengono rispettati, cosa per altro molto frequente, la valutazione degli interventi viene effettuata unicamente in funzione del fatto che costano e che la spesa deve essere contenuta. Un esempio di questa semplificazione è il timore che si diffonda la parola d'ordine che sia opportuno effettuare terapie brevi in quanto "accorciate" e non in quanto si riscontri un'indicazione per questo tipo di trattamento e si individui una soluzione per i casi che hanno bisogno di altro.

DEFINIZIONE DEI CENTRI DI COSTO E ANALISI DEL SISTEMA

Quando si è proceduto alla definizione dei centri di costo, si è evidenziata una scarsa congruenza fra la definizione storica dell'organizzazione e l'analisi attuale dei processi in atto.

Nella nostra attività le azioni che si svolgono in maniera trasversale, per progetti o con un modello di rete stanno assumendo una significatività propria che non è del tutto corrispondente alle strutture organizzative classiche (Consultori, Ser.T., ecc.). Questo è dovuto anche a cambiamenti socioambientali, alle modificazioni dell'utenza e alla riorganizzazione dei gruppi di lavoro per rispondere ai compiti istituzionali. Un esempio è sempre quello del lavoro con la Magistratura che ha assunto negli ultimi anni dimensioni e qualità del tutto nuove.

Per definire correttamente i centri di costo bisogna quindi dare visibilità ai processi in atto e integrare questo tipo di dati con quelli strettamente amministrativi e gestionali.

La negoziazione e l'assegnazione del budget dovrebbero avvenire in conseguenza della costruzione accurata dei processi produttivi e dei flussi economici che sopra sono stati solo parzialmente descritti; si dovrebbero anche correlare con gli obiettivi e con i piani strategici aziendali e distrettuali, in modo tale che si verifichi una certa coerenza fra i compiti istituzionali, gli obiettivi espliciti e le risorse assegnate. Ma questa fase di applicazione della riforma è ancora puramente virtuale; né nel vecchio assetto né nel nuovo è stato assegnato alcun budget ai responsabili.

LA GESTIONE DEL PERSONALE

E' evidente che nella trasformazione gli elementi connessi alla gestione del personale siano di grande importanza. A partire da un contesto nel quale l'anzianità di servizio era dominante e solo in parte si poteva contare sui fattori positivi di una leadership basata sul prestigio personale o sulla competenza, il nuovo assetto promette risorse più flessibili di assegnazione di incarichi e di incentivazione che potrebbero davvero consentire un sistema premiante finalmente adeguato.

In realtà non è affatto così; le risorse per l'applicazione delle norme contrattuali non ci sono, la flessibilità non può essere applicata, la valutazione nei confronti dei dipendenti non è

praticabile nella sostanza. Tutto questo ha evidenti conseguenze sulla disponibilità degli operatori all'assunzione di responsabilità gestionali, che vengono percepite come un aggravio senza contropartita e che già di per sé sono connotate come non nobili rispetto alle funzioni clinico professionali; queste ultime per altro vengono penalizzate economicamente dai criteri di applicazione dei parametri retributivi.

La contraddizione si va aggravando nel tempo ; mentre all'epoca del lavoro a cui mi riferisco si riscontrava una certa disponibilità ad aspettare le conseguenze di un riassetto che si sapeva complesso e difficile, adesso emerge con estrema chiarezza che gli strumenti innovativi rispetto alla gestione del personale, che sarebbero essenziali al processo di attribuzione di valore all'attività di ciascuno, di fatto non sono disponibili.

In un simile contesto si potenzia la tendenza a conservare a tutti i costi l'esistente, percepito come minacciato da un cambiamento del quale sono più evidenti le incertezze che i vantaggi. Su questo punto appare quindi molto problematica la possibilità di incidere positivamente. L'ipotesi potrebbe essere quella di interpretare con molta attenzione i ruoli di autorità, per cercare di ricostruire o di mantenere livelli di motivazione sufficientemente alti sul piano delle relazioni interpersonali.

Il gruppo di lavoro ha definito nel suo percorso di analisi quali "business units" e relativi conti economici dovessero essere previsti per l'assetto organizzativo dei servizi in quel momento. La definizione, come si è detto, non ha coinciso esclusivamente con le strutture di erogazione dei servizi esistenti (Consultori, C.S.M, ecc.), ma con l'importanza e l'interesse attribuiti alle aree di attività individuate e con la valutazione dell'utilità complessiva di mettere a punto in ciascuna area strumenti di controllo e valutazione. Questo lavoro è stato svolto in un confronto interdisciplinare con la partecipazione sia degli operatori responsabili delle singole aree, sia della componente amministrativa dell'azienda che doveva fornire pareri tecnici e dati, sia dei docenti formatori.

Si è dovuto, sia pur brevemente, rifare il punto degli obiettivi e

SINTESI
DEL "COMPITO"
SVOLTO

delle strategie del Servizio e verificare con la componente amministrativa la fattibilità delle operazioni individuate ; questo ha comportato necessariamente uno scambio approfondito di informazioni e chiarimenti che ha prodotto per la prima volta un aumento di conoscenze sull'oggetto di lavoro, comune alle diverse componenti, ma sul quale non si era mai comunicato in termini di sostanza.

Non è qui interessante elencare le "business units" individuate. Basti però dire che la loro definizione ha permesso di uscire da rappresentazioni stereotipate e di mettere in evidenza aspetti di lavoro per progetti trasversali e valutarne costi e ricavi. In particolare: l'attività relativa alla Magistratura nella tematica della tutela dei minori, il Centro di Terapia della Famiglia, l'attività a favore della fascia adolescenziale, l'ufficio tutele e le attività in area psichiatrica a carattere socioassistenziale e sociosanitario integrato.

Il passaggio successivo è stato quello della definizione di costi e ricavi; mentre sui costi, a partire dai dati disponibili in azienda, occorreva cercar di reperire tutti gli elementi di pertinenza di ciascuna area, ed effettuare alcune valutazioni sui carichi di lavoro e sui costi indiretti (riunioni, formazione, coordinamento, ecc.), il vero nodo si è posto nella definizione dei ricavi.

L'esercizio interessante è stato quello di confrontare i tariffari nazionali per le prestazioni nel nostro settore con le tariffe di mercato, e scoprire differenze enormi, piuttosto che rilevare la totale assenza di descrizione di percorsi diagnostici e di presa in carico tipici del lavoro psicosociale sanitario, all'interno di definizioni strettamente sanitarie o infermieristiche previste nei documenti ufficiali. Si è trattato quindi di costruire modelli di tariffazione ad hoc per le nostre attività, stabilendo quindi i valori economici riferiti alle metodologie operative in atto e alla loro complessità.

La definizione dei ricavi si è quindi rivelata un ambito di estremo interesse per l'attribuzione di valore ai servizi; anche se il nostro è stato un compito virtuale, ha però dimostrato la possibilità di costruire modelli di calcolo che tengano conto di variabili complesse e non tradizionali, quali ad esempio :

- il costo del mercato privato o del privato sociale per prestazioni simili;
- la valorizzazione economica di percorsi complessi di presa in carico costituiti non solo da prestazioni sanitarie puntiformi, ma da accompagnamenti, follow up, ecc.;
- la valorizzazione della specializzazione necessaria a svolgere attività di prevenzione in aree complesse come l'adolescenza, ecc.;
- la valorizzazione dell'attività di rete.

L'ultimo aspetto sul quale vale la pena di soffermarsi è quello della costruzione di indicatori di qualità. Il materiale di riferimento disponibile all'epoca erano unicamente i requisiti per l'accreditamento di strutture, definiti su base strutturale e tecnologica o di minimi requisiti organizzativi. Si è quindi proceduto alla definizione di criteri e alla costruzione di indicatori, tenendo anche in questo caso in considerazione i contesti complessivi e gli obiettivi strategici assegnati alle singole aree operative. In questo senso gli indicatori di qualità sono strumenti di valutazione, che utilizzano dati il più possibile oggettivi, ma che sono costruiti in funzione di evidenziare i problemi e ottimizzare i risultati in ambiti nei quali il progetto di intervento si è dato obiettivi precisi ed espliciti da raggiungere. Sono stati evidenziati indicatori di struttura relativi alle risorse umane e strutturali, indicatori di processo che tengano conto di elementi come l'accessibilità, le attese, le procedure, la differenziazione delle attività dirette (es. con i pazienti) e di quelle indirette (es. autoaiuto, informazione, ecc.), e indicatori di esito in funzione di risultati attesi.

Alcuni esempi possono illustrare meglio la possibilità di evidenziare ambiti normalmente poco considerati

- è qualità minimizzare il numero dei drop-out intercorsi dopo l'interruzione di gravidanza;
- è qualità offrire agli adolescenti più alternative di accesso;
- è qualità ridurre le rinunce e gli appuntamenti mancati alle prime visite ambulatoriali in consultorio;
- è qualità massimizzare i punteggi nelle valutazioni di soddi-

- sfazione dell'utenza;
- è qualità minimizzare il numero di drop out di casistica nel Centro di terapia familiare;
 - è qualità mantenere un livello equilibrato tra le diverse problematiche assegnate alla struttura Centro di terapia familiare;
 - è qualità minimizzare i casi in cui la risposta alla magistratura viene effettuata tramite l'utilizzo di proroghe;
 - è qualità massimizzare il numero di accessi per invii mirati a strutture di supporto (orientamento lavorativo, informagiovani, ecc.);
 - è qualità massimizzare l'accesso di adolescenti non scolarizzati ai poli d'ascolto psicologici in consultorio;
 - è qualità ottenere valutazioni positive dai pazienti o dai loro familiari relativamente all'organizzazione e alla professionalità del personale dell'assistenza domiciliare agli anziani.

Per ciascuno degli indicatori definiti sono stati rilevati dati di partenza e percentuali di incremento significative alle quali fare riferimento nel tempo. Naturalmente gli incrementi attesi benchè numericamente rilevati, sono pesati in maniera differenziata a seconda dello specifico di ciascun ambito e delle variabili da tenere in considerazione. I motivi per la scelta di ciascuno di questi indicatori sono stati discussi e messi in relazione con gli obiettivi del momento. Se oggi dovessero essere ridefiniti sarebbero probabilmente abbastanza diversi, a seconda dell'evoluzione dei gruppi di lavoro e delle priorità individuate.

Non so se questa presentazione è sufficiente a rendere l'idea di un percorso possibile per una co-costruzione del processo che porta alla definizione e all'uso di strumenti di misurazione e valutazione della qualità. Questo studio ha consentito di superare alcune resistenze; ci siamo resi conto che se non vogliamo che il modello "ragionieristico" rischi di prevalere e se temiamo che le affermazioni che tengono in considerazione "anche" l'oggetto sociale del lavoro siano puramente teoriche, un modello più accettabile lo dobbiamo costruire noi utilizzando per quanto possibile strumenti precisi, non solo ipotesi e idee o meccanismi di tipo autoreferenziale.