

ANALISI SISTEMA VALUTAZIONE DIRETTORI GENERALI ASL LAZIO

SINTESI

CONFERENZA STAMPA 16 giugno 2016: il MoVimento 5 Stelle presenta una dettagliata analisi per dimostrare che Zingaretti ha utilizzato un sistema di valutazione dei direttori generali delle ASL senza parametri oggettivi, che lascia ampissima discrezionalità e senza alcun tipo di controllo sulle autodichiarazioni dei direttori generali stessi.

Un sistema di valutazione insostenibile, utile solo a premiare i direttori generali e mantenere l'inefficienza del sistema attuale.

>>>>Il documento completo è online su lazio5stelle.it

Con il DCA U00248/2015 Zingaretti assegna gli obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie della Regione Lazio e ratifica il Regolamento inerente i criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Il primo aspetto evidente: gli obiettivi che dovrebbero essere conseguiti nell'anno 2015 vengono assegnati ai direttori generali a metà anno 2015. Il monitoraggio e la valutazione sono sviluppate comparando i dati di avvicendamento sui semestri. Un semestre non è un periodo sufficiente per effettuare valutazioni riferite ad interventi sui LEA, qualità clinica, organizzativa e attuazione di programmi complessi.

In sintesi,

- nell'assegnazione degli obiettivi non è stato seguito alcun criterio di valutazione multidimensionale che segua una logica di ripartizione per dimensione o area tematica.
- Non sono stati utilizzati indicatori di misurazione multidimensionali, ovvero in grado di relazionare la qualità del servizio erogato ad elementi relativi a criteri di efficienza produttiva e di costo.
- Non si è partiti, per formulare l'obiettivo, da un'analisi del fabbisogno reale e delle criticità organizzative esistenti
- Nello stesso allegato sono presenti obiettivi che rappresentano dimensioni differenti, e che si ripetono anche in altri allegati creando presupposti di ridondanza valutativa e irrilevanza del risultato;
- Gli indicatori, anche se raggiunti, non dicono molto sull'effettivo conseguimento dell'obiettivo e in taluni casi lasciano intendere che non si conosca affatto il processo operativo sottostante necessario al conseguimento dell'obiettivo stesso;
- Si lascia ampio spazio all'auto dichiarazione dei direttori generali in merito sia alla formulazione dell'obiettivo in sé e sia alla formulazione della risposta
- È stato inserito un allegato che produce comunque punteggio, che millanta la valutazione dell'obiettivo da parte della SSSP

- Sono stati assegnati obiettivi identici a realtà aziendali con fabbisogni sanitari e condizioni, anche di partenza in termini di stato di salute della popolazione e domanda
- Molti indicatori o sono privi significato o di pertinenza o ininfluenti ai fini di una valutazione gestionale, o sono facilmente raggiungibili in quanto non determinati mediante bench marking
- In base a quanto avvenuto nella valutazione degli obiettivi del 2014 da parte della direzione regionale e dell'OIV, viene lasciato un elemento di assoluta discrezionalità a tali organismi nella valutazione tale da vanificare qualsiasi intento di misurabilità oggettiva dei risultati conseguiti;
- Le richieste ad hoc effettuate dal Movimento 5 Stelle ai direttori generali in merito agli obiettivi e al loro conseguimento, dovrebbero essere il presupposto minimo di indagine da cui la Regione dovrebbe partire per effettuare una valutazione oggettiva e seria dei risultati ricevuti.

Stato di salute della popolazione, la situazione di partenza

- 1) Il tasso di mortalità durante il primo anno di vita è superiore a quello di tutto il network delle regioni monitorate dalla SSSP. Come mai non siano stati dati obiettivi differenziati per singola asl ?
- 2) La copertura vaccinale da parte delle aziende laziali è una delle più basse in Italia.
- 3) La mortalità per patologie oncologiche (da sole rappresentano il 30% delle cause di morte totali, che in Italia sono in progressiva diminuzione) vede il Lazio essere prossimo al primato con circa 170 decessi per tumore ogni 100 mila residenti.

L'OBIETTIVO ASSEGNATO alle aziende laziali, nell'ambito degli obiettivi preliminari inerenti al governo clinico e ai rispetto dei LEA, è il seguente "PROPORZIONE DI PERSONE CHE HA EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO PER CERVICE UTERINA, MAMMELLA E COLON RETTO".....SALVO DIMENTICARSI CHE.....

il DCA 191/2015 DEFINISCE Il modello organizzativo dei programmi di screening della Regione Lazio CHE DEVE PREVEDERE DELLE PRECISE E SPECIFICHE FASI ATTUATIVE NEI SINGOLI AMBITI CHE SONO STATE COMPLETAMENTE ELUSE NELLE VERIFICHE IN TERMINI DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI.

Nello specifico, il Lazio risulta drammaticamente il peggiore estensore di screening mammografico verso la popolazione target (donne tra i 50 e i 69 anni). E anche l'adesione risulta la peggiore tra le regioni italiane.

Anche per quanto riguarda l'estensione e adesione allo screening cervice uterina il Lazio si appropria della BANDIERA NERA d'Italia con una copertura di circa il 70%. E' uno screening rivolto a target femminile compreso tra i 24 e i 64 anni e la rilevazione è triennale. Analoga situazione si verifica per lo

screening colorettales, in cui il Lazio si conferma con il PEGGIORE indicatore riferito sia ad estensione e sia ad adesione, ed in particolare la Roma 6 con i soliti problemi riferiti all'estensione.

PERCHE' NON SONO STATI DATI OBIETTIVI INERENTI ALLA VERIFICA DEL LIVELLO REALE DI ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING IN TERMINI DI ESTENSIONE E ADESIONE ?

4) Procedendo sempre nella dimensione “stato di salute della popolazione” un ulteriore indicatore riferito al tasso di “mortalità per malattie del sistema circolatorio” esprime la drammatica situazione della Regione Lazio, che si trova ad essere una delle regioni con indice massimo di mortalità, con i suoi circa 170 deceduti ogni 100 mila residenti. Sarà quindi un caso che i territori in cui sono ubicate le Asl a più alta concentrazione ospedaliera con specialistica cardiologica e presenza di UTIC siano poi quelle che hanno un tasso di mortalità decisamente inferiore alla media nazionale. Questo dimostra che la vicinanza ad un centro di emergenza cardiologica può essere una concausa della riduzione del tasso di mortalità riferito a questa patologia. Gli indicatori e gli obiettivi, ma in realtà questa volta anche i piani operativi, avrebbero dovuto tenere maggiormente conto di tali indicatori per facilitare il più possibile l'accesso alle cure in emergenza per le patologie circolatorie.

5) Altri obiettivi riferiti agli adempimenti dei LEA si focalizzano su delle forme di controllo operativo altamente standardizzabili in termini procedurali che rappresentano già nel massimo livello di copertura quel minimo che obbligatoriamente le aziende sono tenute a raggiungere. Sembra assurdo che nella tabella degli obiettivi preliminari, ovvero quella riferita appunto agli adempimenti dei LEA, ben 7 obiettivi su 19 siano dedicati proprio al controllo statico di procedure obbligatoriamente attive e standardizzate.

Dimensione socio sanitaria e capacità di governo della domanda

1) Il tasso di ospedalizzazione è l'indicatore “grezzo” generalmente più usato per monitorare l'appropriato utilizzo del ricorso al ricovero, il quale dovrebbe essere orientato a fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Per esempio dal dato di ospedalizzazione nel Lazio, emerge che sono gli abitanti delle zone in cui risulta meno soddisfacente una risposta territoriale a ricorrere al ricovero. Il territorio reatino risente di una totale inefficienza dei servizi territoriali, ma anche zone in cui il depotenziamento del servizio è stato più marcato inducono la popolazione al ricorso delle cure ospedaliere. Le inaugurazioni fittizie delle case della salute, l'assenza di percorsi di presa in carico dei pazienti con malattie croniche e una completa mala gestione dei distretti in termini di erogazione dei servizi, contribuiscono ad accrescere il ricorso agli ospedali. In riferimento agli standard scelti degli indicatori occorre rilevare l'esilarante elemento inerente al valore che comporta il raggiungimento del punteggio massimo stabilito a meno di 160 ricoveri ogni mille abitanti. E' bene rilevare che in tutta Italia non esiste azienda che abbia un tasso di ospedalizzazione

superiore a 140-150 per mille abitanti, livelli peggiori sono stati raggiunti solo da pochissime aziende. Praticamente l'obiettivo assegnato consente a tutti i direttori generali di conseguire il punteggio massimo, senza stimolare un eventuale miglioramento.

- 2) Per quanto riguarda i ricoveri diurni di tipo medico, il Lazio si conferma la regione con gli indici peggiori in Italia. La Regione ha assegnato un obiettivo focalizzato ai ricoveri diurni di tipo diagnostico. I dati riferiti ai ricoveri medici diurni evidenziano che le aziende laziali hanno indici spaventosamente alti, prossimi ai 18-19 ricoveri per mille abitanti, e visionando nello specifico i ricoveri diurni di tipo diagnostico (con ricoveri superiori mediamente a 12) e in cui le asl campionate raggiungono proprio i livelli peggiori, sembra poco plausibile che i dati comunicati dalle aziende campionate possano raggiungere indicatori rappresentativi dell'eccellenza.
- 3) Per quanto riguarda l'appropriatezza nell'esecuzione delle prestazioni e ricoveri ospedalieri con DRG di tipo medico, la regione attribuisce degli obiettivi avulsi da qualsiasi criterio razionale.
- 4) Nell'ambito dell'appropriatezza chirurgica invece, gli indicatori della SSSP prendono in considerazione quanti drg medici vengono dimessi dai reparti chirurgici, o quanti drg che dovrebbero essere svolti in day surgery incidono sui ricoveri chirurgici ordinari. In questo caso la Regione Lazio ha scelto come indicatore la percentuale di DRG medici dimessi rispetto a tutti i ricoveri ordinari a gestione diretta.

Anche in questo caso il Lazio è il peggiore tra tutte le regioni ad eccezione della Calabria, con quasi il 30% dei drg medici dimessi da reparti chirurgici.

- 5) Per quanto concerne il monitoraggio dei tempi di degenza, la SSSP sceglie un indicatore che confronta la degenza media effettiva (calcolabile rapportando le giornate di degenza totali per singola disciplina con il numero dei dimessi) con la degenza media attesa, ovvero con uno standard riferito alla stessa tipologia di ricovero. Tale rapporto, consente di valutare in termini gestionali il livello di efficienza della struttura nell'erogare le prestazioni. La Regione Lazio pone degli obiettivi completamente scollegati dall'evidenza media nazionale e finalizzati essenzialmente a consentirne il conseguimento, al di là di qualsiasi logica che tenda a risollevarne la disastrosa situazione delle aziende laziali.
- 6) In riferimento alla degenza pre-operatoria la Regione ha invece posto obiettivi che trascurano il dato di partenza che vede il Lazio quale peggiore regione in Italia, seconda soltanto al Molise in termini di giorni di attesa antecedenti all'intervento. I dati illustrano che il Lazio si colloca con valori superiori ai 2 giorni (2,24) quando l'attesa media delle altre regione è inferiore al giorno.
- 7) Esistono altri indicatori importanti quali il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di nascita e in età pediatrica, o delle episiotomie e dei parti operativi. Nel 2008 la Regione Lazio superava il 41% con i parti cesarei sul totale dei parti. Il miglioramento rispetto al 2008 è stato notevole, ma la Regione, anche in questo caso, ha evitato di focalizzare l'attenzione sul

tasso di ospedalizzazione in età pediatrica o nel primo anno di vita nella cui gestione il Lazio si è dimostrato pericolosamente carente. Tale indicatori sono infatti collegabili ad una variabilità nei protocolli di accesso in ospedale e ad un'inappropriata modalità di ricovero in età pediatrica. Derivanti dalle carenze dell'assistenza territoriale riferita all'assenza della continuità assistenziale ed alla mancanza di presa in carico da parte dei PLS portando il Lazio tra le regioni peggiori del network (secondo solo alla Puglia). Le aziende laziali raggiungono tassi che si avvicinano o superano il 15% quando tutte le aziende nazionali oscillano su una media del 7-8%. Per arrivare a livelli di ospedalizzazione elevatissimi nel primo anno di vita, dove addirittura si sfiorano livelli che si avvicinano al 65% quando la media nazionale oscilla tra il 25 e 40%.

Viene spontaneo chiedersi perché la Regione non abbia avuto la sensibilità di curare e presidiare questi aspetti piuttosto che orientarsi verso un obiettivo più facilmente conseguibile e le cui criticità non siano tanto marcate.

- 8) Sono stati assegnati infine altri obiettivi, il cui senso lasciamo al lettore, finalizzati al monitoraggio della situazione patrimoniale aziendale. Significa, che dopo decenni di attività aziendale, ancora non esiste certo e veritiero censimento del patrimonio immobiliare né in termini di destinazione d'uso e né in termini di valorizzazione economica patrimoniale. Ci si potrà chiedere a questo punto in base a quale indicazioni vengano assegnati gli appalti alle ditte di pulizie che richiedono precise metrature con ripartizioni delle aree di rischio.
- 9) Livello di integrazione ospedale territorio: E' questo uno degli obiettivi più decantati dai piani operativi e che avrebbe dovuto concretizzarsi attraverso gli atti aziendali, i piani strategici e nella loro implementazione. Da tale intento nascono le case delle salute, i percorsi terapeutici dedicati ai cronici, la presa in cura, la ricetta elettronica, i dipartimenti trasversali territorio ospedale, l'ottimizzazione dell'organizzazione territoriale soprattutto negli aspetti legati alla prevenzione, l'assistenza domiciliare. Il tutto si traduce quindi in inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri, in mancata presa in carico, in inefficacia della cura, in percezione di abbandono da parte del paziente, addirittura in rinuncia alla cura stessa, e per finire in inappropriato ricorso al pronto soccorso considerato quale unico riferimento per fronteggiare fabbisogno sanitario. dell'indicatore che monitora le lungodegenze ospedaliere inappropriate. Come si evince dalla tabella in alto, il Lazio detiene, dopo le Marche, il peggior indice di ospedalizzazione oltre i 30 giorni di degenza.
- 10) Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, l'aumento progressivo della popolazione anziana avrebbe dovuto indurre le aziende ad attuare politiche territoriali mirate soprattutto verso la popolazione compresa tra i 50 e 74 anni.
Non a caso il Movimento ha presentato una risoluzione, approvata dal Consiglio, che obbliga il pronto soccorso, qualora il cronico facesse ricorso all'emergenza, a segnalare l'assistito al medico di medicina generale il quale

sarebbe da quel momento responsabilizzato sul percorso terapeutico del paziente. Naturalmente la Regione non ha mai iniziato ad implementare quanto contenuto nella risoluzione.

- 11) Altro indicatore di efficiente organizzazione territoriale è quello riferito all'appropriatezza prescrittiva diagnostica inerente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e a quelle di diagnostica per immagini. Il Lazio si posiziona infatti come la regione che ricorre maggiormente a tale strumento diagnostico con quasi 35 prestazioni ogni mille residenti ultra sessantacinquenni. E' altissima per il Lazio anche l'incidenza di coloro che ricorrono alla Risonanza magnetica del rachide lombo sacrale, ginocchio ed encefalo. Ma il paradosso dell'obiettivo assegnato, oltre al fatto che non viene misurata l'appropriatezza prescrittiva indirizzata a preciso target, sta nell'assegnare la massima valutazione possibile alle aziende che erogano questa prestazione nell'ambito di una fascia comprensiva tra le 5,1 e le 7,5 prestazioni ogni 100 abitanti.
- 12) La regione Lazio ha preferito assegnare un obiettivo che nulla ci dice sulla capacità dell'azienda di limitare le ospedalizzazioni in ambito psichiatrico. Non si parla di progetti, non si parla di ospedalizzazione. Se osserviamo la percentuale dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche, torniamo a vedere per il Lazio una situazione disastrosa.
- 13) Una delle principali criticità messe in evidenza anche a livello mediatico da parte del sistema sanitario laziale è quello riferito alla gestione delle emergenze. Gli attori, oltre al 118, sono proprio le strutture ospedaliere atte all'accoglienza dei pazienti. Le criticità possono riguardare sicuramente il sistema e l'organizzazione del servizio ambulanze, attualmente gestite in modo pessimo e funzionalmente spesso per favorire, in modo ingiustificato, aziende private a chiamata spot, o aziende in convenzione, al di fuori della logica di ottimizzazione delle risorse e dei mezzi propri.
- 14) Ma anche la capacità ricettiva degli ospedali a causa del ricorso al pronto soccorso da parte di utenze non appropriate che per la maggior parte coincidono con pazienti affetti da patologie croniche. Molteplici sono gli indicatori atti a rilevare sia l'efficienza del servizio 118, e sia la capacità ricettiva del pronto soccorso. Come si evince dai dati analizzati, il Lazio ha una delle prestazioni peggiori, secondo solo alle Marche, in termini di accoglienza. La Regione non assegna alcun obiettivo avente per oggetto il monitoraggio della funzionalità del pronto soccorso. Nel contempo ne assegna ben 7 su 19 nella tabella riferita agli obiettivi preliminari atti all'osservanza dei LEA sul controllo degli alimenti e degli allevamenti. La maggior parte del pronto soccorso laziale è deficitario sia in termini di effettuazione delle visite in tempi contenuti e sia nella capacità di velocizzare il ricovero. Il Lazio risulta la regione con il peggiore indice in termini di capacità di ricoverare i pazienti entro le 8 ore riuscendo a farlo

soltanto nel 70% dei casi, quando tutte le regioni vi riescono nel 95% dei casi.

Dimensione economica e governo spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva

- 1) Il consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica, o degli antibiotici e cefalosporine in età pediatrica, o delle statine o degli anti ipertensivi, o degli anti depressivi, consentono comunque il controllo della spesa farmaceutica, l'appropriatezza prescrittiva e consentirebbero interventi mirati per analizzare specificamente eventuali abusi. Sebbene dalla prescrizione del farmaco non sia possibile associarlo direttamente alla diagnosi, il dato statistico e l'analisi di eventuali picchi di utilizzo di particolari farmaci consentono comunque di evidenziare potenziali inapproprietezze nelle prescrizioni.

D'altro canto esiste uno specifico decreto emanato dalla Regione (480 del 2015) che attribuisce precisamente degli obiettivi e degli indicatori riferiti all'appropriatezza prescrittiva e al monitoraggio della spesa farmaceutica. Si fa anche menzione nel medesimo decreto che quanto riportato in termini di volumi e costi avrebbe rappresentato un obiettivo di valutazione della performance. MA GLI OBIETTIVI DEL DECRETO VENGONO IGNORATI!

La regione non fa alcun riferimento a quanto previsto dal decreto 480 e non chiede conto del risultato economico in termini di risparmio raggiunto e delle modalità per conseguirlo che sono riepilogati nella richiesta del Movimento.

Se andiamo nello specifico delle classi terapeutiche, al fine di puntualizzare le criticità già evidenti, evidenziamo il consumo e la spesa pro capite della regione Lazio e delle rispettive aziende di farmaci a più alto costo e rischio di inapproprietezza. Accertata la mediocrità delle direzioni generali di contenere questo tipo di spesa, la regione Lazio non poteva non consentire il raggiungimento dell'obiettivo in tale ambito ai rispettivi destinatari. Pertanto produce due obiettivi assolutamente discrezionali che consistono nel premiare le aziende se a consuntivo siano risultate in grado di contenere la spesa di farmaci e dispositivi medici nei limiti di un budget concordato.

Conclusioni

In questi anni si auspicava di riuscire ad eliminare il criterio di affiliazione politica dalle nomine dei direttori generali e garantire che la scelta ricadesse solo su persone di capacità comprovata, come confermato nella **Legge Madia** (legge 7 agosto 2015, n.124, Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), con la quale il Governo è delegato ad adottare decreti sulle modalità di nomina e valutazione dei direttori generali garantendo la trasparenza dei procedimenti. Ancor meno solerti si è stati nel garantire che i

criteri per la valutazione degli stessi fossero condivisi e omogenei su tutto il territorio nazionale.

La recente Legge di stabilità per il 2016, Legge 28 dicembre 2015, n.208 introduce ulteriori aspetti sulla valutazione e decadenza dei direttori generali in tema di equilibrio di bilancio.

In base a quanto constatato si comprende quanto siano lontani gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali rispetto a quelli che avrebbero dovuto comportare un'incentivazione al miglioramento della prevenzione, del governo clinico e della gestione economica. Si comprende facilmente come tali obiettivi abbiano effettivamente come unica finalità quella di garantire una valutazione positiva ai direttori generali o quello di assegnare grande arbitrarietà e discrezionalità di giudizio alla Regione stessa e all'OIV al fine di gratificare le dirigenze più ossequiose e zelanti nel propagandare i millantati successi di Zingaretti. Il motivo è quello che rende elusivi gli obiettivi stessi rispetto al problema riscontrato o alla criticità accertata da specifici indicatori esistenti. Qualora invece l'obiettivo sia attinente al problema, subentra l'arbitrarietà o l'inefficacia dell'indicatore o della soglia dello stesso che rendono ininfluenti, ai fini della correzione della criticità, il conseguimento del risultato stesso.

Si percepisce chiaramente anche il motivo per cui la Regione Lazio non abbia voluto aderire al Network delle regioni della Scuola Sant'Anna di Pisa. Gli indicatori utilizzati dalla scuola per la valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali sono orientati a misurare oggettivamente la qualità del governo della domanda, le relative efficienze, l'appropriatezza, la qualità clinica, l'efficacia assistenziale territoriale, il tutto mediante adozione di significativi, oggettivi e attinenti elementi di monitoraggio. In più, il raffronto impietoso della regione Lazio rispetto alle altre regioni, avrebbe consentito pochissimi margini di autocelebrazione da parte del governo regionale, anzi, avrebbe dato adito a fortissime critiche politiche nei confronti di chi governa una delle regioni con un mediocre stato di salute della popolazione, con un più elevato livello di mortalità infantile, con un più dispendioso sistema di governance a fronte di un più inefficiente e inappropriato sistema di erogazione del servizio.

Dai concetti di trasparenza, equità ed economicità si allontana ancor di più il giudizio elaborato dall'OIV della Regione Lazio. Il Movimento 5 stelle per sondare l'attività dell'Organismo, ha inoltrato la richiesta di comunicazione degli atti prodotti in seno all'OIV in merito al giudizio sull'operato dei Direttori Generali delle ASL. Gli atti confermano quanto era stato paventato in occasione della convocazione dei membri dell'OIV presso la Commissione VII Politiche Sociali e Salute, ovvero l'incapacità e la mancanza di volontà di formulare un giudizio critico sulle schede di riepilogo degli obiettivi assegnati ai Direttori.