

## PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE DI EFFICACIA: QUESTIONI TEORICHE E APPLICATIVE

Tiziano Vecchiato

Negli anni recenti la programmazione sui servizi alle persone (sanitari e sociali) ha reso più evidenti due ordini di problemi: le difficoltà connesse alla definizione preliminare di *outcome* misurabili e alla identificazione delle condizioni necessarie per fare verifiche sul raggiungimento dei risultati attesi.

In particolare nel primo caso si tratta di approfondire le difficoltà di fissare traguardi nazionali o regionali di risultato e di esito, capaci di tener conto delle differenziazioni territoriali e di definire soglie realistiche entro cui i risultati attesi (minimi e massimi) andranno a posizionarsi.

Il secondo problema riguarda le difficoltà inerenti la selezione delle variabili e degli indicatori di efficacia e le conseguenti soluzioni per verificare nel tempo il conseguimento dei risultati attesi, sulla base di dati omogenei, affidabili e confrontabili a distanza di spazio e di tempo.

Le successive considerazioni affrontano entrambi i problemi, per capire quali soluzioni sono disponibili, quali esperienze promettono risultati positivi, come essi possono essere utilizzati per migliorare la teoria e i metodi di valutazione e quali strategie per confrontare soluzioni diverse.

### LIMITI DELLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

L'esigenza di riflettere sui contenuti e sui metodi per qualificare la programmazione sanitaria e sociale nasce dalla necessità di capire perché essa normalmente non riesca a verificare il raggiungimento dei propri obiettivi; perché alcuni ostacoli ricorrenti impediscano di tradurre su scala regionale e locale i traguardi generali; perché il metodo della programmazione sia così ingombrante e vischioso; perché sia così difficile tradurre gli obiettivi generali in obiettivi specifici a livello regionale e locale; perché

l'azione programmatoria finisca per assorbire tante energie senza poi dedicarne altrettante alla verifica dei risultati ottenuti.

Normalmente le opzioni programmatiche sono associabili a scelte di valore politicamente definite. Ad esempio nei sistemi di welfare a carattere universalistico, la tutela dei soggetti deboli e la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sono normalmente due priorità molto presenti sia nella programmazione nazionale che in quella locale.

La riflessione sulla natura dei diritti individuali e degli interessi collettivi, sottesa alla definizione di politiche pubbliche di tutela della salute, di lotta all'esclusione sociale o di altre priorità di rilevanza sociale è quasi sempre caratterizzata dalla ricerca di punti di equilibrio. In certi casi essi sono di natura solidaristica, tesi cioè a cercare soluzioni eque, basate sulla solidarietà fiscale e sullo sviluppo di politiche universalistiche di welfare. In altri casi sono di natura utilitaristica, a responsabilità individuale, basate cioè su politiche assicurative private.

In altri casi ancora, lo sforzo mira a conciliare le risposte al bisogno individuale con la salvaguardia dell'interesse collettivo, tramite offerta selettiva di servizi.

In realtà, sempre più spesso una visione ecologica dei problemi e delle soluzioni per affrontarli pone ai sistemi di welfare, solidaristi e non, la necessità di misurarsi con le domande dei più deboli, non solo per ragioni di giustizia ma anche per ragioni di interesse a ridurre i rischi sociali derivanti dall'esclusione, cioè dai problemi innescati da forme di epidemiologia sociale causate dall'esclusione di fasce considerevoli di popolazione dalle risposte di cui avrebbero bisogno e diritto.

Nel caso dei sistemi universalisti, l'allocazione delle risorse si concentra nel momento della programmazione, cioè quando vengono prese le decisioni politiche e tecniche incidenti sulla regolazione del welfare (Vecchiato T., 2001). Nel caso italiano ad esempio sono sintetizzate nel decreto legislativo 229/1999, nei piani sanitario e sociale nazionali, nella riforma dei servizi sociali (L. 328/2000). Insieme condividono una strategia di politica sociale basata su:

1. *universalità di accesso*, cioè l'accesso ai servizi non è subordinato alla verifica di disponibilità finanziaria, ma alla valutazione professionale del bisogno di interventi sanitari, sociali o integrati;
2. *eguaglianza nella accessibilità a servizi uniformemente distribuiti*, grazie alla eliminazione delle discriminazioni geografiche, un'equa programmazione e un'organizzazione territoriale dei servizi;

3. *condivisione del rischio finanziario*, con un sistema di finanziamento organizzato in modo tale che il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dalla quantità e natura servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva e dal bisogno.

Oltre che sulla programmazione, i sistemi di welfare basati sul principio di solidarietà sociale fanno leva sulla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (Bezze M., Vecchiato T., 2003). L'idea di *essenzialità* si collega ad un giudizio politico e tecnico sulle *condizioni necessarie* per rispondere a bisogni (di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute) e a un giudizio tecnico di *appropriatezza* rispetto alla valutazione di necessità a ricevere un certo intervento, nonché alle condizioni di organizzazione dell'offerta dei servizi, garantiti in condizioni di *uniformità* su tutto il territorio.

Queste affermazioni si scontrano con una difficoltà basilare. Si può riassumere in questi termini: non basta affermare il diritto alla salute o il diritto all'assistenza sociale, perché poi i diritti affermati diventino "naturalmente" operanti e possano trovare efficace realizzazione. È necessario investire, cioè mettere in campo risorse, servizi organizzati, strategie, responsabilizzazioni (gestionali e professionali) perché ad obiettivi di equità e giustizia seguano realizzazioni e risultati verificabili.

Infatti, i diritti all'assistenza sociale e sanitaria sono in buona parte diritti "condizionati", hanno cioè bisogno di "condizioni necessarie" (organizzative, professionali, finanziarie...) per diventare operanti. Ad esempio, se manca un sistema di servizi per l'infanzia e l'adolescenza idoneo a garantire prestazioni ritenute necessarie, accessibili e distribuite nel territorio, non si può pensare che alle affermazioni di principio possano far seguito risultati concreti di efficace risposta ai bisogni dell'infanzia e dell'adolescenza.

In pratica, cioè, un diritto diventa esigibile se si è investito per creare le condizioni (politiche, organizzative, professionali e di solidarietà comunitaria) per renderlo operante, sotto forma di beni, servizi, prestazioni e processi assistenziali.

Nel volume "*The Cost of Rights*", Holmes e Sunstein (1999) si chiedono in quale misura la tutela dei diritti sociali dipenda dal prelievo fiscale, cioè dalla capacità di finanziare l'esigibilità dei diritti sociali con le tasse, dipenda inoltre dalla capacità di responsabilizzarsi sul loro raggiungimento e dalla capacità di riconoscere il legame sostanziale (solidaristico) che lega le scelte individuali al carattere pubblico (cioè a beneficio diffuso, plurale) dei risultati

che si possono conseguire, in termini di risposte efficaci ai bisogni, non solo delle persone e delle famiglie, ma anche dell'intera comunità.

Ma, alla necessità di governare a livello politico e tecnico le risorse per la promozione sociale, fa riscontro il numero di insuccessi della programmazione, che difficilmente riesce a tenere fede alle proprie promesse. In parte si tratta di insuccessi apparenti, in quanto se non si fa verifica, non si possono documentare i risultati ottenuti ma neanche quelli mancati, anche se gli insuccessi sono più facilmente riconoscibili pur in assenza di verifiche adeguate, anzi spesso non si fanno verifiche proprio per non renderli troppo evidenti.

Quando si fa verifica non è poi difficile ricondurre una parte dei mancati risultati alla fragilità "programmatoria", cioè a carenze tecniche e strategiche della programmazione, che "normalmente" si mantiene su obiettivi generali, non definisce in senso operativo i percorsi di azione, non individua adeguatamente le responsabilità, non tiene conto della quantità delle risorse disponibili. Riprendendo cioè le considerazioni precedenti sulla esigibilità dei diritti, alla affermazione degli obiettivi generali non fa seguito una puntuale definizione di obiettivi specifici e di variabili coerenti con la necessità di misurare il loro raggiungimento in termini di efficienza e di efficacia.

Sotto questo profilo, la programmazione ha bisogno di approfondire meglio che in passato le proprie basi teoriche (Vecchiato T., 1999) e di perfezionare le proprie metodologie, tenendo conto della sua ragione di essere: rendere compatibili le risorse con i risultati attesi, facilitare il loro conseguimento, rendere praticabili diversi livelli di valutazione (di processo, di risultato, di esito, di soddisfazione), senza confondere contenuti e metodi che ogni forma di valutazione richiede.

Normalmente il percorso programmatorio è pensato secondo una sequenza che parte dalla definizione degli obiettivi, a cui seguono altre operazioni: la quantificazione delle risorse, la definizione delle responsabilità, i tempi. Di solito la scansione programmatoria si conclude affrontando i problemi della verifica e della valutazione.

Il rischio sotteso a questo modo di procedere è che le operazioni del "verificare" e del "valutare" diventano cose da fare "alla fine", cioè come segmento finale di un percorso che viene immaginato in termini lineari. Si tratta di una visione ingenua e ottimistica, che in questo modo evita di pensare il percorso valutativo nelle sue interdipendenze più profonde, in quanto la valutazione è un impegno da distribuire in modo integrato lungo tutto

l'asse di sviluppo del processo programmatico, a partire dalla valutazione preliminare del problema che si vuole affrontare.

Ma per fare questo, una programmazione, che voglia superare le proprie difficoltà attuali, deve rinnovare i propri riferimenti teorici ed epistemologici e le proprie prassi, per fare verifica in modo "responsabile", cioè monitorando l'esercizio delle responsabilità, specificando gli obiettivi in senso operativo e quantificandoli sotto forma di "risultati attesi", confrontando misure di esito in diversi momenti, chiedendosi in che modo i risultati delle verifiche sono valutabili e da chi.

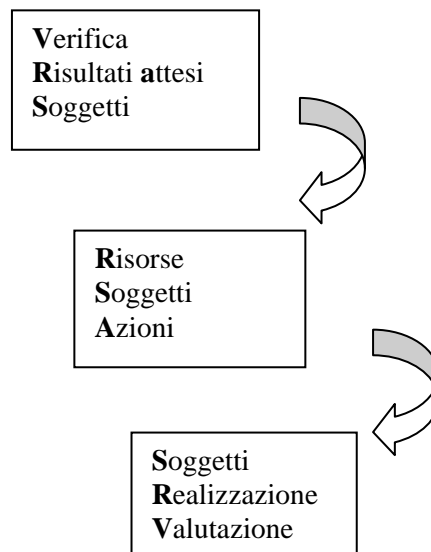
Perché ciò sia possibile, la programmazione deve inoltre vincolarsi a un quadro di realtà più concreto, dove l'enfasi sugli infiniti ("promuovere", "migliorare", "realizzare", "aumentare", "diminuire"... ) lascia il passo a decisioni più realistiche, basate su gradi di libertà definiti, che responsabilmente determinano il contenuto dei propri obiettivi e la misura del loro conseguimento. Procedendo in questo modo si possono scoprire nuove possibilità. Ad esempio il primo compito della verifica sarà quello di mettere a confronto la situazione attuale (prima dell'intervento) con quella definita in momenti successivi e dopo l'attuazione del programma, sulla base di parametri di natura quantitativa e qualitativa, definiti preventivamente e rappresentabili in modo grafico, ad esempio con il "tracciato di base" (Blythe B.J., Tripodi T., 1989).

A tal fine sarà necessario fare verifica preliminare sulle configurazioni e sulle dimensioni dei problemi da affrontare, "prima" che il programma venga messo in atto. Spesso non si opera così e si finisce per affidarsi a forme di valutazione ex-post, che ovviamente non hanno la stessa forza esplicativa. In particolare, in sede di verifica preliminare, potranno essere definite le dimensioni dei problemi e potranno essere realizzate valutazioni preliminari di impatto, per capire a quali condizioni un programma risulterà poi efficace nell'affrontarli.

Entrando nel merito della logica programmatica normalmente utilizzata nel lavoro sociosanitario, è possibile riconoscere una sequenza logica che molto spesso ispira le scelte degli operatori: può essere sintetizzata nella sequenza OAS-RTV: "Obiettivi, Azioni, Soggetti - Risorse, Tempi, Verifica".

La mappa mentale di chi agisce così è orientata alle cose da fare e a chi dovrebbe farle, lasciando di fatto poco spazio ai problemi delle strategie di verifica. Questi ultimi sono presenti in quota parte nella seconda triade, come elemento (V) che la conclude.

È necessario modificare questa logica, pensando e poi praticando la programmazione con una visione diversa. Questo anzitutto richiede di modificare la logica e la mappa mentale che la ispira, definendo in modo diverso il rapporto tra valutazione e programmazione, come sintetizzato nella sequenza successiva “VRaS-RSA-SRV”:



La combinazione dei fattori implicati offre un'idea delle difficoltà di comporre le diverse dimensioni. Ad esempio in ogni terna è richiamata l'esigenza di definire le responsabilità (richiamate con la lettera S, Soggetti) interessate al raggiungimento dei risultati attesi (Ra), le Responsabilità dei Soggetti chiamati a garantire le Azioni previste (RSA), le responsabilità dei soggetti chiamati a garantire le azioni di verifica (SRV).

È anche indicato il peso specifico delle funzioni di valutazione (V) da garantire in sede preliminare (nella terna VRaS) e nelle fasi successive, al fine di realizzare verifiche e valutazioni di processo, di risultato e di esito. Anche per questo la funzione di “Valutazione” (V) apre e chiude la sequenza complessiva.

Le soluzioni tecniche per la definizione dei risultati attesi (Ra) dovranno essere coerenti con la loro diversa natura, ad esempio in termini di mi-

glioramento, di stabilizzazione o di rallentamento. Si tratta, infatti, di misure diverse: nel caso di risultati attesi (Ra) descrivibili in termini di miglioramento e rallentamento, dovremo misurare “differenze”, mentre nel caso di risultati attesi di “mantenimento” dovremo maneggiare misure di stabilizzazione delle situazioni oggetto di intervento, cioè di persistenza dei valori osservati al tempo  $T_0$  e nelle fasi successive.

L'utilizzo di obiettivi di questa natura è, ad esempio, presente nel lavoro di cura con persone non autosufficienti, quando ad obiettivi di mantenimento corrispondono azioni per non deteriorare la qualità possibile di vita della persona e della famiglia. Non a caso il Piano sanitario nazionale 1998-2000 considerava il problema del “convivere attivamente con la cronicità” uno dei principali traguardi delle proprie strategie.

La quantificazione preliminare degli obiettivi, oltre che necessaria, promuove e alimenta la trasparenza e la salute mentale del processo programmatico, perché consente di evitare l'enfasi velleitaria su obiettivi sovradimensionati, frequente non solo nel pensiero infantile, ma anche nelle organizzazioni di servizio alle persone che non hanno maturato un pensiero realistico, responsabile e coerente con la propria missione.

Per capire se e in che misura questo problema sia presente/assente nel processo programmatico è sufficiente verificare se e come gli obiettivi sono stati tecnicamente definiti, ad esempio se sono state evitate soluzioni enfatiche e generiche, per loro natura non verificabili e se e come si sia evitato di cadere in questa trappola.

Riprendendo i fattori indicati nella seconda mappa-sequenza programmatica, e cioè “VRAS-RSA-SRV”, è utile soffermarsi sulla componente di responsabilità, che può essere intesa in diversi modi: responsabilità di fare (chi fa che cosa) in termini di *output* (responsabilità di garantire un prodotto) e responsabilità di produrre un risultato efficace (*outcome*), cioè definito, nel nostro caso, sotto forma di esito modificativo del bisogno, di contrasto di un certo rischio, di migliore qualità di vita. La programmazione potrà sviluppare le proprie potenzialità se saprà coniugare queste molteplici dimensioni, discriminando tra diversi tipi di risultati attesi e diverse strategie per conseguirli.

## LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA NELLA RECENTE PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

La programmazione nazionale più recente nell'area dei servizi alle persone è costituita dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 (PSN), dai progetti obiettivo<sup>1</sup>, dal Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, dal Programma di azione del governo per le politiche dell'handicap 2000-2003, dal Piano sociale nazionale 2001-2003 e dalla proposta di Piano sanitario nazionale 2001-2003.

Ai fini del nostro ragionamento si tratta di capire se e in quale misura in questa programmazione sia presente l'esigenza di procedere definendo obiettivi di efficacia (*outcome*), evidenziando quali indicatori siano idonei a misurare il conseguimento dei risultati attesi (Vecchiato T., 2000).

Prenderemo come esempio la proposta di Piano sanitario nazionale 2001-2003. Uno dei primi problemi che esso ha dovuto affrontare è quello della selezione degli indicatori di *outcome*.

Gli indicatori usualmente utilizzati per verificare i risultati di salute nei diversi paesi sono divisi in due categorie principali: gli indicatori di mortalità e gli indicatori di morbosità generale e specifica.

Da questi si può procedere componendo fra loro indicatori per ottenere misure composte, ad esempio, mettendo in rapporto dati di mortalità e morbosità (Tab. 1).

Le fonti dei dati sono usualmente rappresentate da registri di mortalità, indagini su bisogni specifici, sistemi di documentazione corrente (ospedalieri, distrettuali...), stime di incidenza, analisi sulle condizioni percepite di salute.

Questi criteri costituiscono basi grammaticali e di sintassi per fare valutazione, non sono quindi sufficienti per impostare valutazioni sistematiche di esito, senza che esse vengano inquadrare in un modello di analisi più generale, che metta in relazione i determinanti dello stato di salute con gli effetti da ottenere e da verificare a distanza di tempo.

---

1. Ad esempio: il Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale (DPR 10 novembre 1999), il Progetto obiettivo AIDS (DPR 8 marzo 2000), il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (d.m. 21 aprile 2000), il Progetto obiettivo materno-infantile (d.m. 24 aprile 2000).

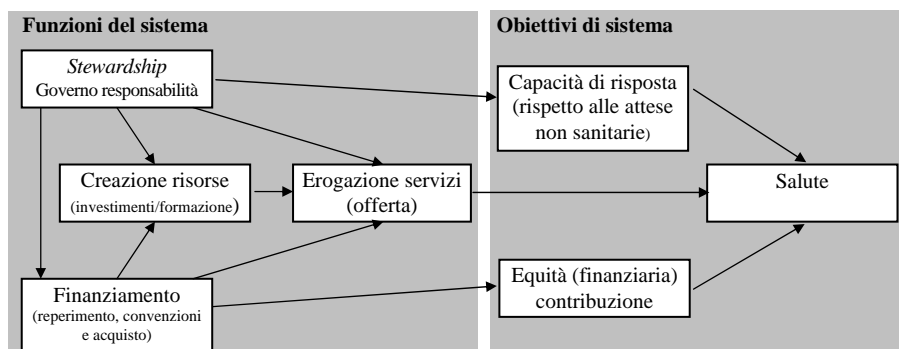


Tab. 1 - Indicatori di salute per una valutazione orientata all'efficacia

<b>Indicatori di salute</b>	
<i>Mortalità</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Speranza di vita</li> <li>- Mortalità infantile</li> <li>- Indici di mortalità per causa</li> <li>- PYLL (Potential Years of Life Lost)</li> </ul>
<i>Morbidità e qualità di vita</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Morbidità generale</i></li> <li>• <i>Morbidità per causa specifica</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salute percepita</li> <li>- Misure di menomazioni, disabilità e handicap</li> <li>- Misure multidimensionali dello stato di salute</li> <li>- Prevalenza e incidenza del bisogno</li> </ul>
<i>Misure composite di salute (mortalità + morbidità)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspettative di salute: ad esempio DFLE (Disability-free life expectancy), DALE (Disability-adjusted life expectancy) e HALE (Health-adjusted life expectancy)</li> <li>- DALYs (Disability-adjusted Life Years)</li> </ul>

Nel rapporto mondiale sulla salute (Who, 2000) viene a questo scopo usato un modello esplicativo che mette in relazione le funzioni che il sistema di welfare è chiamato a soddisfare con la natura dei propri obiettivi (Tab. 2).

Tab. 2 - Relazioni tra funzioni e obiettivi di un sistema di welfare



Fonte: WHO, 2000

Nella figura si utilizza la distinzione tra determinanti sanitari e non sanitari di salute. Nello schema un' enfasi particolare è attribuita alla “*stewardship*”, definita come governo delle responsabilità.

Per essere esercitate richiedono una visione complessiva e trasversale delle politiche, capace di riconoscere i diversi attori interessati ai risultati attesi e di assegnare ad ognuno di essi ruoli vincenti. Per fare questo, biso-

gna disporre di uno scenario realistico entro cui mettere a fuoco i traguardi da raggiungere, a partire da informazioni affidabili sui bisogni, le risorse, i diversi determinanti di efficacia.

*Stewardship* significa anche e soprattutto visione prospettica di come la situazione attuale può evolvere verso traguardi positivi. Per questo non basta decidere nel merito dei contenuti specifici ma è altrettanto necessario definire le modalità e le strategie di condivisione delle responsabilità fra i diversi soggetti chiamati a condividere e realizzare insieme i risultati attesi, implementarli nel tempo, antepoendo l'*outcome* e logiche di costo efficacia alle usuali strategie di costo efficienza.

Le valutazioni sintetizzate nel rapporto dell'OMS si basano sulla comparazione di cinque gruppi di indicatori:

1. il livello generale della salute della popolazione del singolo stato;
2. le disuguaglianze di salute esistenti nei gruppi di popolazione;
3. la capacità di risposta del sistema sanitario alla domanda di salute della popolazione;
4. la distribuzione dell'offerta dei servizi sanitari tra le varie classi sociali;
5. il riparto del fondo sanitario nazionale tra i vari componenti della popolazione.

Per valutare lo stato di salute complessivo della popolazione e, quindi, per valutare se è stato raggiunto l'obiettivo di buona salute, l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) ha scelto di utilizzare l'attesa di vita con e senza disabilità (DALE - *Disability-adjusted life expectancy*), che ha il vantaggio di essere direttamente confrontabile alla speranza di vita stimata rispetto mortalità e può essere direttamente usata per fare confronti tra popolazioni.

I due approcci principali per verificare la salute di una popolazione si basano su misure di buona salute confrontate con la speranza di vita libera da disabilità e misure di speranza di vita corrette in modo tale da tener conto del tempo vissuto con disabilità.

L'indice DALE si stima da tre tipi di informazioni: la popolazione ad ogni età, calcolata rispetto ai tassi di natalità e mortalità, la prevalenza di ogni tipo di disabilità a ogni età e il peso assegnato ad ogni tipo di disabilità che può variare con l'età.

Una importante differenza tra il peso della malattia usando gli anni di vita corretti secondo la disabilità (DALYs) e quello del DALE è che la prima, a differenza della seconda, distingue il contributo che ogni malattia dà al

risultato complessivo. L'indice DALE ha il vantaggio che non richiede molti parametri di calcolo ed è direttamente confrontabile con le nozioni più familiari di speranza di vita non corrette (Murray C.J.L., Salomon J.A., Mathers C., *A critical examination of summary measures of population health*. Geneva, World Health Organization, 1999, GPE, Discussion paper N. 12).

Il rapporto OMS, con questi strumenti, realizza un'analisi comparativa che attribuisce ai diversi paesi una posizione diversa, ad esempio nel caso dell'Italia si va dal 2° posto per gli indici di salute (*outcome*), all'11° per quelli di efficienza e al 22° per capacità di risposta (*output*), avendo come mappa complessiva di riferimento i 191 stati membri dell'OMS.

L'andamento dei dati e i conseguenti posizionamenti hanno provocato non poche discussioni, nella misura in cui il posto di alcuni paesi ad economia avanzata non è risultato fra i migliori come invece essi si sarebbero aspettati. Qualcuno di essi ad esempio ha criticato il peso eccessivo che è stato attribuito agli indicatori di *outcome*, rispetto a quello attribuito agli indicatori di *output*, pur sapendo che sono i benefici di salute e di benessere che interessano primariamente le persone e le famiglie.

Queste domande sono presenti e guidano anche il dibattito europeo per la predisposizione di indicatori condivisi, che ad esempio hanno trovato una soluzione possibile nel "*Design for a set of european community health indicators*, (ECHI, draft, Novembre 2000). In particolare questa proposta si articola in alcune categorie principali (Tab. 3).

Tab. 3 - Sistema di indicatori di salute della comunità europea: principali categorie

<p><i>1. Fattori demografici e socioeconomici</i></p> <p>1.1. Popolazione</p> <p>1.2. Fattori socio-economici</p>
<p><i>2. Stato di salute</i></p> <p>2.1. Mortalità</p> <p>2.2. Morbidità, disagi specifici</p> <p>2.3. Stato di salute generale</p> <p>2.4. Misure composite di salute</p>
<p><i>3. Determinanti di salute</i></p> <p>3.1. Fattori personali e biologici</p> <p>3.2. Stili di vita e salute</p> <p>3.3. Condizioni di vita e di lavoro</p>
<p><i>4. Sistema di offerta</i></p> <p>4.1. Prevenzione e promozione della salute</p> <p>4.2. Risorse investite</p> <p>4.3. Utilizzazione dei servizi</p> <p>4.4. Spesa e finanziamento</p> <p>4.5. Qualità dell'assistenza e indici di performance</p>

Ai fini della valutazione di *outcome* sono particolarmente importanti gli indicatori di classe 2 (condizioni di salute) e di classe 3 (determinanti di salute). Questi ultimi sono così caratterizzati dal sistema ECHI.

<b>3.1 Fattori personali e fisici</b>	<b>3.2 Stili di vita e salute</b>
<p><i>3.1.1 Fattori (di rischio) fisico</i></p> <p>Indice di massa corporea</p> <p>Basso peso alla nascita</p> <p>Pressione sanguigna</p> <p>Colesterolo</p> <p>Stato nutrizionale</p>	<p><i>3.2.1 Uso di sostanze</i></p> <p>Fumo</p> <p>Donne incinte fumatrici</p> <p>Ex fumatori</p> <p>Quantità fumata</p> <p>Uso di alcool: non bevitori</p> <p>Modelli di uso dell'alcool</p> <p>Consumo totale di alcool</p> <p>Uso lecito/illecito di droghe</p> <p>Incidenti stradali causati dall'alcool</p>
<p><i>3.1.2 Fattori personali</i></p> <p>Capacità di affrontare le situazioni</p> <p>Padronanza di sé</p> <p>Ottimismo</p> <p>Conoscenze/atteggiamenti e salute</p>	

<p><b>3.1 Fattori personali e fisici</b></p> <p>3.2.2 <i>Alimentazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calorie alimentari</li> <li>- % di grasso</li> <li>- % di proteine</li> <li>- % acidi grassi saturi</li> <li>- Consumo di pane/cereali</li> <li>- Consumo di frutta, esclusi i succhi</li> <li>- Consumo di verdura, escluse patate</li> <li>- Consumo di pesce</li> <li>- Consumo di micronutrienti</li> <li>- Allattamento al seno</li> <li>- Inquinanti</li> </ul> <p>3.2.3 <i>Altri comportamenti correlati alla salute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Attività fisica</li> <li>Comportamento sessuale</li> <li>Aborti indotti</li> <li>Comportamento nel traffico</li> <li>Altri comportamenti di promozione della salute?</li> </ul>	<p><b>3.2 Stili di vita e salute</b></p> <p>3.3 <i>Condizioni di vita e di lavoro</i></p> <p>3.3.1 <i>Ambiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esterno</li> <li>In casa</li> <li>Fornitura acqua potabile</li> <li>Sistemi idrici</li> <li>Radiazioni ionizzanti</li> <li>Rumore</li> </ul> <p>3.3.2 <i>Condizioni lavorative</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esposizione fisica nel posto di lavoro</li> <li>Esposizione psicologica nel posto di lavoro</li> <li>Incidenti sul lavoro</li> <li>Malattie da lavoro</li> </ul> <p>3.3.3 <i>Ambiente sociale e culturale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sostegno sociale</li> <li>Isolamento sociale / reti</li> <li>Eventi della vita</li> <li>Violenza</li> </ul>
---	--

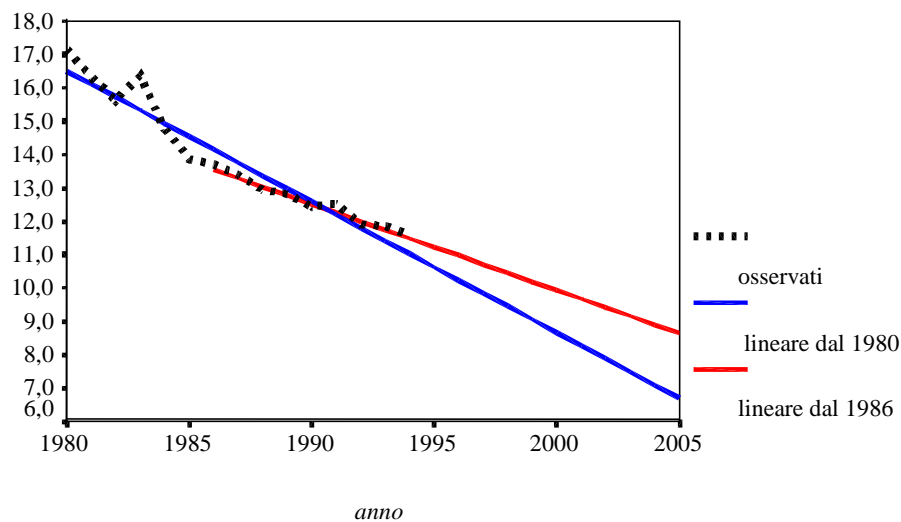
Se ora consideriamo la strategia di valutazione sottesa a questa impostazione, possiamo notare che essa affronta una parte dei problemi propri della valutazione di *outcome*, cioè quelli basati sull'utilizzo di indicatori di salute confrontabili fra loro, ma non tiene abbastanza conto *se essi rappresentino o meno un risultato atteso fissato dalla programmazione nazionale o regionale*.

In altre parole, può accadere che certi risultati siano riscontrabili anche in mancanza di programmi finalizzati al loro conseguimento, solo perché l'andamento degli indici segue una linea di tendenza positiva, riconoscibile nei diversi anni e tale per cui basterebbe fissare risultati attesi prevedibili,

sulla base dell'andamento degli indici, per avere un'alta probabilità di ottenere un *outcome* di segno positivo.

Ad esempio, la successiva figura descrive la tendenza attesa al 2005 delle patologie ischemiche e i loro tassi di riduzione nel tempo. Se in un piano o programma fissiamo una misura di *outcome* compresa tra 6,5 e 9,0 per 10.000 abitanti da raggiungere nel 2005, questa scelta non si basa su una strategia di ulteriore riduzione del fenomeno, ma semplicemente sul fatto che, senza ulteriori investimenti, e mantenendo gli attuali livelli di risposta, si potrà raggiungere un risultato atteso e già noto in anticipo, perché delimitato entro l'intervallo delle due linee di tendenza.

Fig. 1 - Malattie ischemiche del cuore (410-414): Italia, maschi, tutte le età (tassi standardizzati per 10.000, popolazione 1981)



Fonte: Istituto superiore di sanità, Roma

Una delle critiche che vengono fatte dai detrattori del sistema di welfare italiano, quando affermano che il secondo posto (dopo la Francia) attribuito dall'OMS, nel rapporto 2000, per gli indicatori di *outcome*, non dipende dagli effetti positivi delle politiche nazionali e regionali (ad esempio

a seguito del Psn 1998-2000) ma dagli effetti positivi di altri fattori, quali ad esempio la dieta mediterranea, nasce dalla semplice considerazione che certi risultati non sono meccanicamente riconducibili agli effetti dei programmi nazionali e/o locali ma anche a determinanti di altra natura, fra questi le abitudini alimentari sono certamente uno dei fattori più rilevanti. Anche per questo, sempre più spesso, i piani nazionali investono negli stili di vita e nelle abitudini quotidiane (alimentazione, esercizio fisico...) che hanno un impatto positivo sul benessere delle persone e delle famiglie.

Ma c'è un altro aspetto di verità in questa critica, nella misura in cui è sempre più evidente che i determinanti di salute e benessere non dipendono solo dall'efficienza dei servizi sanitari e sociali ma anche da altri fattori (non solo quindi le abitudini alimentari ma anche ad esempio la solidarietà comunitaria, gli investimenti in prevenzione...), come indicato negli indicatori di classe 3 del citato sistema ECHI.

Per questo gli effetti dei programmi nazionali non possono essere valutati solo come "effetto diretto" della programmazione sociale e sanitaria, ma anche tenendo conto di determinanti di salute e benessere di più ampia portata. La stessa dimensione triennale, che spesso caratterizza i piani nazionali e regionali, è un tempo insufficiente e per questo criticato, per fare valutazioni di efficacia, cioè per ricondurre gli esiti verificati a cause dipendenti dalla strategia programmatoria adottata e per questo utilizzabili per spiegarli.

Per completare il quadro, è inoltre necessario considerare un ulteriore elemento, non presente nel modello di analisi basato sul confronto tra indicatori validati in sede internazionale appena descritto. Esso risponde alla domanda: "i risultati ottenuti rappresentano o meno misure di efficacia di azioni progettuali definite *preliminarmente* dai soggetti decisori dell'*outcome*?"

Se questa domanda venisse seriamente presa in considerazione si renderebbe necessario operare a due livelli: di confronto tra indicatori di salute e benessere (come ad esempio avviene nel *Who Report 2000*) o, nel caso italiano, nel rapporto periodico sull'esclusione sociale (Nanni W., Vecchiato T., 1997, 1998, 2000, 2002) e di confronto tra misure di *outcome* ottenute rispetto ai traguardi definiti in sede programmatoria, mettendo in rapporto i risultati attesi con quelli ottenuti. Per fare questo dovremmo maneggiare due ordini di indicatori:

- a. quelli *rilevati in natura*, fra loro comparabili sulla base di *valori assoluti* relativi a tempi e spazi diversi;

- b. quelli *rilevati su base programmatoria*, con monitoraggi periodici, mettendo in rapporto i risultati attesi e i risultati ottenuti, tenendo conto che, diversamente dai precedenti, essi rappresentano *valori relativi* ricavati *mettendo in rapporto* la situazione al tempo  $T_0$ , il risultato atteso e quello ottenuto al tempo  $T_n$ .

In questo modo le *performance* dei paesi o delle regioni che si volessero mettere a confronto andrebbero distribuite a due livelli: di *outcome* assoluto e di *outcome* relativo, potendo ad esempio ricavare dal secondo livello di analisi (*outcome* relativo) le misure del maggiore o minore sforzo/efficacia connesso al raggiungimento dei risultati attesi.

Sarebbe ad esempio una buona strategia per evidenziare gli *outcome* dei paesi con maggiori difficoltà di sviluppo, come avviene in campo economico quando si confrontano dati di reddito assoluto e dati di incremento relativo del prodotto interno lordo, fra loro comparati nello spazio e nel tempo.

Nel caso italiano avremmo un modello di valutazione basato su indici relativi di miglioramento della cittadinanza sociale, idonei ad evidenziare come diverse regioni hanno ridotto i loro problemi di equità nel garantire risposte efficaci anche ai più svantaggiati.

#### LA PROPOSTA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2001-2003

Questo modo nuovo di intendere la valutazione di *outcome* è stato praticato nel nostro paese, limitatamente ad alcuni problemi, nella proposta di Psn 2001-2003.

Ad esempio, per definire obiettivi di contrasto delle principali patologie sono state utilizzate misure di *outcome* definite in termini di risultati attesi medi, indicando l'intervallo tra valori minimi e massimi del bisogno considerato, differenziati per regione.

Nel caso delle allergie i valori si basano su un'indagine nazionale sulle persone che dichiarano di soffrire di questo problema, ricavandone i valori percentuali e l'intervallo tra valori minimi e massimi. Lo stesso metodo può ad esempio essere utilizzato con dati reali (non percepiti) di epidemiologia sanitaria e sociale (ad esempio riferiti all'abuso e al maltrattamento infantile).



Tab. 4 - Dati preliminari sui primi due trimestri : persone che dichiarano di soffrire di allergie: percentuali e stima estesa alla popolazione in migliaia (limiti di confidenza 95%)

	<i>Percentuali</i>	<i>minimo</i>	<i>massimo</i>
Piemonte	10,3	394	474
Valle d'Aosta	12,7	13	17
Lombardia	11,3	937	1.083
Trentino-Alto Adige	10,3	94	95
Veneto	11,1	450	533
Friuli Venezia Giulia	9,6	102	123
Liguria	12,2	179	214
Emilia-Romagna	12,5	463	524
Toscana	10,7	341	405
Umbria	10,7	80	97
Marche	9,7	126	155
Lazio	11,0	526	621
Abruzzo	10,0	116	139
Molise	8,2	24	30
Campania	5,9	302	372
Puglia	6,4	234	289
Basilicata	9,4	50	63
Calabria	10,0	184	224
Sicilia	7,9	355	444
Sardegna	9,1	149	150
<b>Italia</b>	<b>9,7</b>	<b>5.409</b>	<b>56.755</b>

Fonte: Indagine multiscopo Istat, 1999-2000.

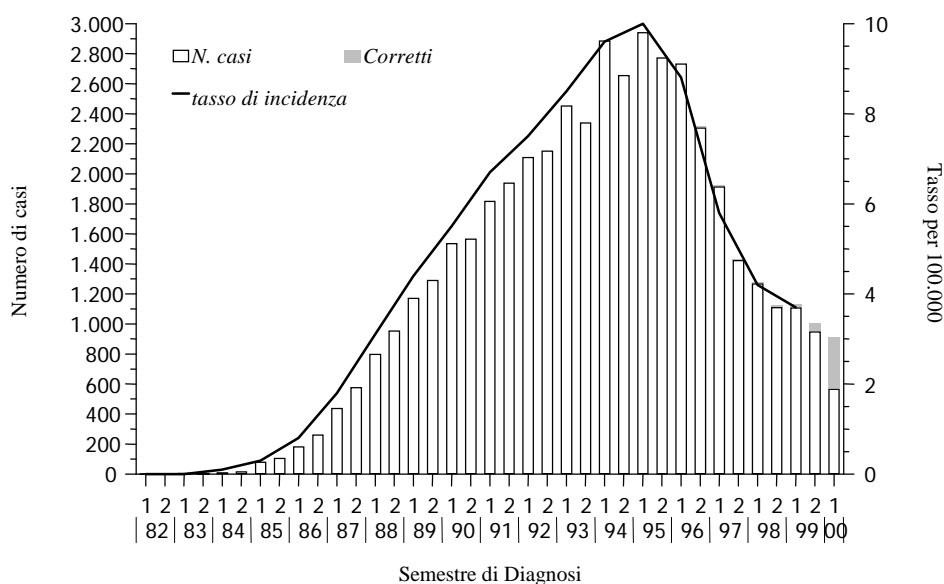
Con questa impostazione non dovrebbe essere difficile per il programmatore regionale definire i propri obiettivi di *outcome* specifico, avendo come riferimento la misura di *outcome* nazionale e il proprio indice minimo e massimo, organizzando in modo coerente le risorse e le strategie per conseguirlo.

Per i diversi problemi si può procedere, ogni volta risultati possibile, utilizzando le conoscenze disponibili, come ad esempio nel caso dell'HIV, dove (nel successivo esempio) sono stati incrociati il numero di casi e il tasso di incidenza (Tab. 4).

Se ne può ricavare: a) l'andamento tendenziale, con possibilità di stimare la misura di miglioramento (in questo caso di riduzione della incidenza) senza modificare le strategie di intervento in atto; b) influire sull'andamento (nel caso non fosse ritenuto soddisfacente) definendo *outcome* più significativi; c) intervenendo con strategie migliori per quali-

ficare (in aumento e/o in qualità) i risultati attesi (di contrasto, di miglioramento, di rallentamento).

Fig. 2 - Esempio HIV



Fonte: Ministero della Salute

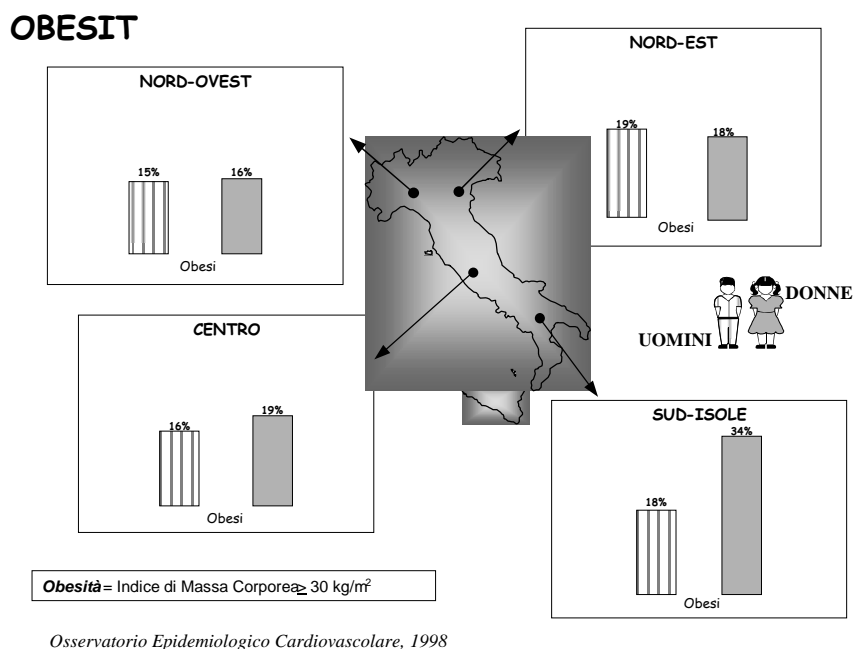
Un altro metodo per operare in questa direzione può essere basato sull'osservazione sistematica per aree territoriali avvalendosi di indicatori ad hoc, quali ad esempio in area sanitaria l'indice di massa corporea BMI (*Body Mass Index*), in quanto correlato linearmente con la mortalità in entrambi i sessi, oppure, in area sociale, la distribuzione del tasso di suicidi in adolescenza nelle diverse regioni.

Sviluppando il primo argomento, a titolo esemplificativo, si stima che il sovrappeso, l'obesità e la inattività fisica siano implicati nella aumentata incidenza di alcuni tipi di neoplasie [carcinoma mammario e carcinoma dell'endometrio nelle donne, carcinoma del colon negli uomini, diabete mellito tipo 2 negli anziani di entrambi i sessi, malattie cardiovascolari (cardiopatía ischemica e coronarica), artrosi, osteoporosi e loro conseguen-

ze, comprese le fratture di femore negli anziani, litiasi biliare, sindrome delle apnee notturne], e nella spiegazione di almeno un terzo delle morti premature dovute alle malattie cardiovascolari (Fig. 3).

Le malattie connesse alla alimentazione sono diffuse in gran parte della popolazione e non soltanto in gruppi ad alto rischio, per questo l'educazione alimentare è una delle strategie ricorrenti nei piani nazionali e regionali per mantenere o promuovere un positivo stato di salute.

Fig. 3 - Indice di massa corporea



Ma, una volta fatto questo, è necessario passare da una “buona” analisi e valutazione preliminare del problema, basata su misure di *outcome* assoluto, a strategie programmatiche basate su misure di *outcome* relativo, per poter poi procedere alla loro valutazione di efficacia.

Per evitare tuttavia che l'obiettivo di *outcome* resti una indicazione di principio, definita sotto forma di raccomandazione generica o moralistica, è necessario che le azioni per il raggiungimento dell'obiettivo siano definite

con misure di risultato atteso e corredate da prove di efficacia, o quantomeno da letteratura idonea a documentare la praticabilità e la speranza di riuscita delle scelte fatte.

Le “prove” di efficacia e/o le indicazioni di letteratura possono essere distribuite a diversi livelli di “forza” della scelta, così da esplicitare preventivamente la natura delle decisioni prese, evidenziando ad esempio che:

- a. un buon livello di prove suggerisce che l'intervento dovrebbe essere avviato,
- b. prove incerte o incomplete suggeriscono che l'intervento dovrebbe essere avviato,
- c. un livello insoddisfacente delle prove suggerisce che l'intervento non dovrebbe essere avviato, anche se può essere avviato sulla base di altre considerazioni (non scientifiche),
- d. prove incerte o incomplete suggeriscono che l'intervento non dovrebbe essere avviato,
- e. un buon livello di prove e conoscenze empiriche suggerisce che l'intervento non dovrebbe essere avviato.

Nello stesso modo si può procedere per affrontare il dramma sociale dei suicidi in adolescenza, a partire da un quadro epidemiologico confrontabile su scala regionale (a seconda della disponibilità del dato), identificando i determinati del problema e le strategie per affrontarlo.

Si tratta cioè di passare da forme di programmazione e di progettazione intuitiva, lineare e talora velleitaria - verificabile nei casi migliori con indicatori di processo, di *input* e di *output* - a soluzioni più mature, più orientate sui bisogni delle persone e delle comunità locali, cioè capaci di valorizzare tutte le forze vitali di un processo decisionale chiamato a preparare condizioni affidabili perché tutti i soggetti interessati all'*outcome* si rendano responsabili nel raggiungerlo efficacemente.

## CONCLUSIONI

Il problema delle prove di efficacia a sostegno della selezione di azioni utili al raggiungimento dei risultati attesi è da tempo presente nella riflessione scientifica, in particolare da quando si è posto il problema di meglio caratterizzare il lavoro sociale e sanitario sulla base di evidenze scientifiche e delle prove di efficacia disponibili.

Per questo è necessario predisporre e condividere conoscenze, esperienze, linee guida. In Italia come in altri paesi sono in corso di attuazione programmi per la produzione di linee guida a contenuto *clinico*, cioè inerenti l'appropriatezza delle scelte professionali, e a contenuto *misto*, cioè inerenti la qualità delle scelte multiprofessionali, la natura dei percorsi professionali per tipologia di bisogno e le soluzioni organizzative che si sono rivelate più efficaci (Assr, 1999).

Le difficoltà maggiori in ambito sociale nascono dalla ancora insufficiente produzione scientifica che sarebbe necessaria per supportare adeguatamente la forza delle raccomandazioni, anche se esiste letteratura su casi di studio e molta esperienza documentata, non ancora sufficientemente elaborata.

In particolare, con riferimento alla implementazione di linee guida capaci di offrire metodi di lettura per i problemi complessi, di natura clinica e organizzativa, è sempre più urgente qualificare gli approcci integrati in area sociosanitaria, con ricerche e sperimentazioni differenziate per tipologia di bisogni e per i diversi gradi di complessità che essi presentano.

Le risposte possibili sono, infatti, strettamente connesse alla conoscenza delle condizioni di efficacia da garantire nelle diverse fasi degli interventi relativamente a valutazione multidimensionale, definizione dei risultati attesi, natura e struttura della documentazione, impatto economico delle decisioni, determinanti di continuità operativa, appropriatezza dei percorsi tra diversi centri di offerta, indici di efficacia e loro generalizzabilità.

In precedenza era stata indicata una priorità: il monitoraggio dell'equità, con indici di disuguaglianza di accesso, di *output* e di *outcome*. È un problema che interessa una parte consistente della popolazione, persone e famiglie che vivono in condizioni di povertà, con poca istruzione, in quartieri degradati, in case malsane, con una speranza di vita più breve, con meno abilità e competenze nell'accedere ai servizi e alle prestazioni di cui avrebbero necessità e diritto. Chi ha meno istruzione e competenze sociali è infatti più esposto ai rischi delle cure insufficienti, dell'assistenza inadeguata, dell'incapacità di esprimere i propri bisogni e diritti.

Spesso tutto questo si accompagna a stili di vita a più alto rischio: per conflittualità, abuso di alcool, consumo di tabacco, alimentazione inadeguata, comportamenti auto ed eterodistruttivi, esposizione a rischi ambientali che aumentano le probabilità di incidenti nello spazio domestico, nel lavoro, nel tempo libero.

Serve pertanto uno sforzo maggiore per governare il rapporto tra programmazione e valutazione, sia con indicatori di *outcome* specifici, ma anche con misure più generali di equità e di giustizia, da fare “oggetto di confronto civile” e scientifico tra diverse strategie finalizzate a questo scopo. Nel caso italiano, questi contenuti sono spesso presenti negli obiettivi dei documenti di programmazione, ma la verifica di efficacia, nel senso proprio del termine, sta facendo i primi passi e ci sono grandi spazi da colmare per superare la tendenza, ancora diffusa, alla programmazione interpretata come atto amministrativo e declamatorio.

Gli stessi problemi ci sono anche in molti altri paesi e per ora non è facile fare confronti sistematici tra paesi e/o regioni combinando analisi basate su indicatori di *outcome assoluto*, come già avviene nei rapporti OMS, con analisi basate su misure di *outcome relativo*, come definito in precedenza. Questa potrebbe essere la sfida con cui misurarci nei prossimi anni.