

## La valutazione in sanità con approcci innovativi

Proponiamo due articoli che si possono leggere con diverse chiavi di lettura.

La prima, ovvia e scontata (ma non per questo meno giusta), riguarda i temi specifici: nel primo caso la valutazione di linee guida sanitarie, nate nell'Azienda perugina in un processo di miglioramento della qualità, e nel secondo caso la necessità di organizzare il servizio formazione della stessa Asl.

Formazione-organizzazione-qualità sono quindi i tre elementi tematici sui quali ruotano due approcci valutativi innovativi.

E questa è la seconda chiave di lettura. In un momento di evidente espansione della sensibilità valutativa occorre evitare le semplificazioni, le ricette buone per tutte le stagioni, i tecnicismi che promettono di risolvere tutto con pochissimo pensiero aggiunto.

I due esempi che seguono sono piuttosto complessi, probabilmente non immediatamente replicabili, e hanno potuto contare sulla pregressa buona intesa fra il consulente valutatore e le Responsabili dei servizi, ma sono testimonianza di una ricerca di argomentazioni condivise e di processi di costruzione di riflessioni che possono essere di stimolo a chi vuole avvicinarsi alle tematiche valutative.

I due esempi non sono casuali né solitari, ma fanno parte di un programma di ricerca che ha una sua base teorica consolidata<sup>1</sup> e altre e disparate esemplificazioni<sup>2</sup> da produrre; ad esse rinviamo per i lettori più desiderosi di approfondimenti.

L'accento, in questi due casi di studio, è messo prevalentemente nelle prime fasi del disegno valutativo, in cui si 'esplora' il contesto, si definisce il mandato e, specialmente, si formulano quelle "domande valutative" che informeranno poi tutto il lavoro; è questa la fase cruciale di ogni valutazione, di cui i due casi presentati descrivono approcci innovativi che consentono partecipazione, riflessione, approfondita argomentazione da parte dei Responsabili e del valutatore.

---

<sup>1</sup> In generale si può vedere Claudio Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*. Nuova edizione rivista e aggiornata, Franco Angeli, Milano 2003; il n. 27 della "Rassegna Italiana di Valutazione" (settembre-dicembre 2003) ha ospitato una sezione monografica dal titolo *Dalla comprensione dell'evaluando alla costruzione degli indicatori* (testi di Ilaria Baldini, Claudio Bezzi, Mauro Palumbo e Roberto Righetti) che pone specifica attenzione agli elementi teorici e metodologici a monte degli approcci qui esemplificati.

<sup>2</sup> Diversi casi di studio sono inclusi nel settimo capitolo di Claudio Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, cit.; si può leggere anche: Claudio Bezzi, *Valutazione partecipata nei servizi*, "Prospettive Sociali e Sanitarie", a. XXXI, n. 6, aprile 2001, pp. 3-8; Francesco Chiodi – Paolo Raciti, *Una proposta per valutare un piano territoriale per l'infanzia e l'adolescenza*, "Autonomie locali e servizi sociali", n. 2, 2003.

# La valutazione delle linee guida sanitarie dell'Asl 2 dell'Umbria

Di Claudio Bezzi<sup>3</sup> e Mariadonata Giaimo<sup>4</sup>

## 1 – Il contesto

Nel 1999 l'Azienda Sanitaria n. 2 dell'Umbria ha avviato un processo teso a sviluppare e diffondere un'idea della qualità dell'assistenza, intesa come appropriatezza del profilo di cura, attraverso la pubblicazione di una serie di 'linee guida' relative alle patologie di più frequente riscontro destinate agli operatori sanitari dei quattro presidi ospedalieri del suo territorio e ai Medici di Medicina Generale. Ciascuna linea guida era stata redatta da un gruppo multidisciplinare di specialisti, coordinati dalla Responsabile del Servizio Qualità dell'Azienda.

Il gruppo di esperti, una volta individuati per ciascuna patologia o tema da trattare "gli aspetti critici" del processo di diagnosi e cura hanno individuato, attraverso un processo sistematico di revisione della letteratura scientifica, il comportamento diagnostico o terapeutico più appropriato in ogni specifica circostanza clinica.

Scopo dell'Azienda era infatti quello di introdurre il nuovo modello di pratica clinica, indicato con l'espressione di "medicina basata sulle evidenze scientifiche" (EBM), con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria attraverso la continua applicazione dei risultati della ricerca al singolo paziente.

Tuttavia rendere disponibili le informazioni relative agli interventi sanitari efficaci non è sufficiente perché i professionisti le assumano, le valutino in modo critico e cambino di conseguenza la pratica clinica. Al contrario è ormai dimostrato che per migliorare l'efficacia degli interventi sanitari occorre attivare vere e proprie strategie che stimolino non solo il cambiamento dei singoli operatori sanitari, ma anche quello dell'intera organizzazione dove operano.

Per tali ragioni nel corso dell'anno successivo è stata allestita una vera e propria strategia di implementazione, fortemente voluta dalla Direzione aziendale e articolata in diversi filoni di lavoro, che, in particolare per la linea guida sull'ictus cerebrale e per quella relativa al parto fisiologico, accanto ad una prima fase di diffusione e ad una successiva di implementazione attraverso specifici incontri di "audit clinico" prevedeva anche uno specifico momento di valutazione della applicazione delle raccomandazioni contenute nelle linee guida.

## 2 – L'approccio metodologico

Il disegno della ricerca valutativa relativa all'applicazione delle linee guida sull'ictus e sul parto fisiologico prevedeva un indispensabile momento preliminare di identificazione delle 'criticità' da sottoporre a specifica analisi valutativa.

Le linee guida sono infatti strumenti complessi, con una mole considerevole di raccomandazioni collocate su piani diversi in quanto a evidenza scientifica e con una diversa difficoltà nella loro "traduzione" organizzativa e culturale; rispetto a tale complessità si è ritenuto di dover ricostruire una 'mappa' degli elementi portanti di ciascuna linea guida, al fine di estrarne gli elementi più interessanti che fungessero da 'indicatori' della più generale applicazione delle stesse.

Questo lavoro si è basato su un approccio chiamato 'valutazione tassonomica', che consiste nello 'smontare' un documento scritto (nel nostro caso le due linee guida), attribuire un valore a ciascun elemento identificato (p.es. un punteggio di scala per il livello di 'evidenza scientifica, e un secondo

---

<sup>3</sup> Valutatore indipendente, direttore della "Rassegna Italiana di Valutazione"; bezzi@valutazione.it.

<sup>4</sup> Medico, Responsabile del Servizio Qualità e Promozione della Salute della Asl 2 dell'Umbria dal 1991 al 2001.

per la problematicità organizzativa che l'applicazione di ogni singola raccomandazione comportava) e 'rimontare' quindi i vari elementi entro una matrice che rappresenta, tramite convenzioni grafiche, le relazioni fra le parti, e le connotazioni di ciascuna rispetto alle proprietà considerate<sup>5</sup>.

La valutazione tassonomica viene prodotta in gruppo (nel nostro caso: Responsabile e operatori dello Staff Qualità e Promozione della Salute dell'ASL 2 dell'Umbria, medici specialisti che hanno contribuito a redigere ciascuna linea guida, il valutatore), e sempre in gruppo, una volta disponibile la matrice grafica, vengono selezionate le 'criticità' da sottoporre a valutazione.

Per ciascuna criticità viene poi immaginato un percorso di osservazione/misurazione; ad esempio per l'ictus, poiché era possibile valutare l'applicazione degli elementi selezionati analizzando le cartelle cliniche, sono stati utilizzati questi documenti per la raccolta dei dati, mentre per il parto fisiologico si è ritenuto opportuno procedere anche con interviste telefoniche.

Il gruppo di lavoro che ha prodotto la valutazione tassonomica sull'ictus cerebrale qui descritta si è riunito 3 volte operando come segue:

1. lettura collettiva della Linea guida diagnostico-terapeutica Ictus cerebrale, identificando le unità minime di senso (generalmente un capoverso, a volte una sua parte<sup>6</sup>);
2. definizione dei criteri di classificazione, identificati in:
  - evidenza scientifica: ci si è basati sulle indicazioni già presenti nella Linea guida, alla quale si rimanda, che classifica le raccomandazioni in ordine decrescente di grado A B e C sulla base della forza delle evidenze scientifiche ovvero della rilevanza degli studi che le supportano;
  - criticità organizzativa, intesa come complessità delle procedure da mettere in campo per realizzare quella raccomandazione; l'attribuzione di ogni elemento di senso secondo tre livelli di criticità (I - massima criticità, II e III – minima criticità) è stato fatto in gruppo sulla base dell'impegno organizzativo che la applicazione della raccomandazione avrebbe comportato per i reparti, della complessità e della durata dell'operazione da parte del personale nonché dell'eventuale dipendenza da altri servizi.
3. classificazione di ogni elemento di senso (*sub* 1), secondo i criteri stabiliti (*sub* 2) e loro rappresentazione grafica (alcuni esempi nelle Figg. 1 e 2);
4. scelta degli elementi critici da sottoporre a valutazione, alla luce di questi principi di massima:
  - per semplicità organizzativa non si possono sottoporre a valutazione tutti gli elementi della Linea guida;
  - la scelta deve partire dagli elementi supportati da maggiore evidenza scientifica, in quanto tale evidenza è correlata strettamente alle possibilità di sopravvivenza del paziente;
  - la scelta deve riflettere anche la criticità organizzativa, nel senso che almeno le procedure meno critiche dovrebbero essere sempre e correttamente eseguite .

L'utilizzo di questo metodo ha consentito di ottenere per entrambe le linee guida un certo numero di elementi "portanti", all'interno dei quali selezionare quelli da assumere come "traccianti" dell'applicazione della linea guida stessa.

La scelta è ricaduta quindi sugli elementi supportati da maggiore evidenza scientifica e minore criticità organizzativa (senza trascurare completamente gli altri).

Alla luce di queste considerazioni si è prodotta una valutazione tassonomica che ha dato i risultati sintetizzati nelle prossime pagine.

---







<sup>5</sup> Sulla valutazione tassonomica si veda: Marta Scettri, *La valutazione tassonomica*, in Mauro Palumbo (a cura di), "Valutazione 2000. Esperienze e riflessioni", Franco Angeli, Milano 2000, e Claudio Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, cit.

<sup>6</sup> In Claudio Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, cit., pp. 355-361 viene proposto un esempio (non di carattere sanitario) dove si illustra concretamente il procedimento, mentre alle successive pp. 361-368 si inquadra il presente caso di studio delle linee guide nel più generale contesto della ricerca valutativa.

La figura utilizza diverse convenzioni simboliche che qui illustriamo:

### Linea guida Ictus cerebrale

Legenda:

	Linee ( <i>filiera</i> ) logiche (capitoli del testo)
	Raccomandazioni di Grado C (o N.C.)
	Raccomandazioni di Grado B
	Raccomandazioni di Grado A
	Connessioni tipo “Se... allora”
	Elementi assunti come ‘critici’ (da valutare)

Il numero al centro dei diversi box rinvia alla numerazione che il gruppo ha dato alle diverse unità minime di senso identificate nella Linea guida. E’ solo in tale numerazione, relativa a brani qui non riportati, che si trova la chiave di lettura della figura.

In ogni caso è sufficiente considerare che sostanzialmente tutta la Linea guida, per i capitoli considerati, è inclusa nei diversi box.

Al solo fine di far comprendere al lettore il lavoro riportiamo, a titolo di esempio, alcuni elementi esemplificativi:

box 3: “Nel caso di TIA il ricovero immediato è indicato solo quando i sintomi sono ricorrenti, di durata superiore a 1 ora ed è nota una possibile fonte embolica (arteriosa o cardiaca)”

box 9: “[interventi minimi...] Prevenzione delle trombosi venose profonde mediante l’uso di calze elastiche”

box 18: “[Esami di laboratorio] Pt e PTTa”

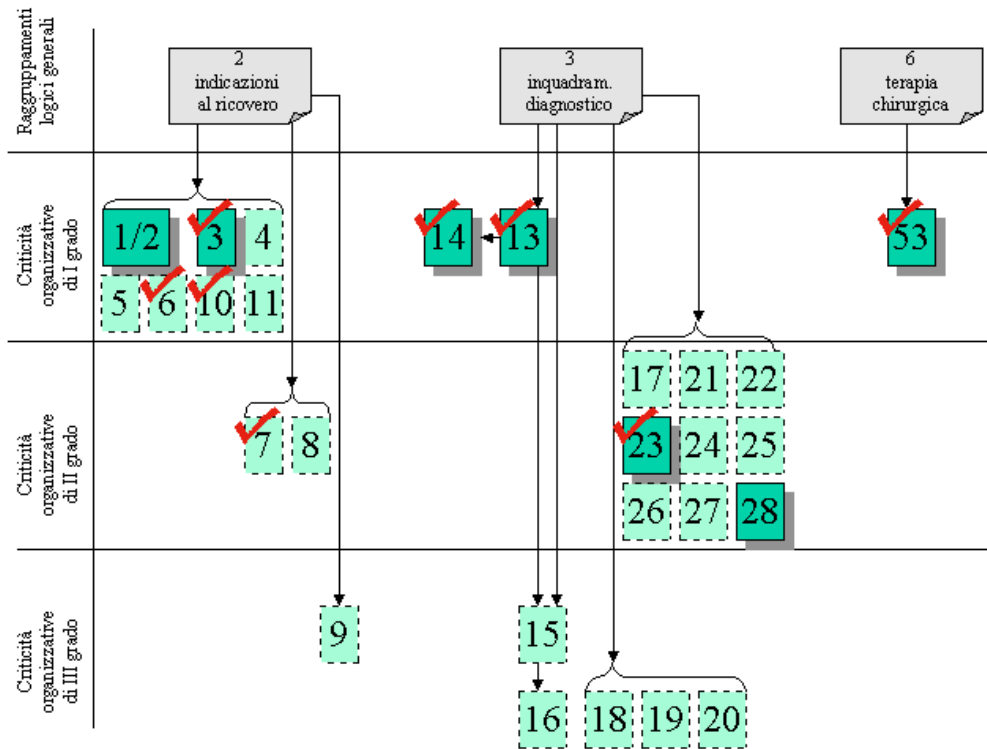
box 19: “[Esami di laboratorio] emogasanalisi se clinicamente indicata”

box 20: “Esame liquor: solo se sussiste il sospetto clinico di emorragia subaracnoidea e la TC risulta negativa”

Ecc.

La prossima Fig. 1 esemplifica una delle tavole prodotte come risultato della valutazione tassonomica della linea guida sull’ictus cerebrale.

FIG. 1 – ESEMPIO DI RISULTATO DELLA VALUTAZIONE TASSONOMICA DELLA LINEA GUIDA SULL'ICTUS



Tutti gli elementi segnalati per la valutazione (presentano una spunta sul box numerato nella Fig. 1) sono stati successivamente osservati tramite le cartelle cliniche, tranne il box 10, analizzato tramite osservazione diretta.

Il gruppo ha stabilito di non graduare la valutazione, ma di procedere a un giudizio radicale di questo genere:

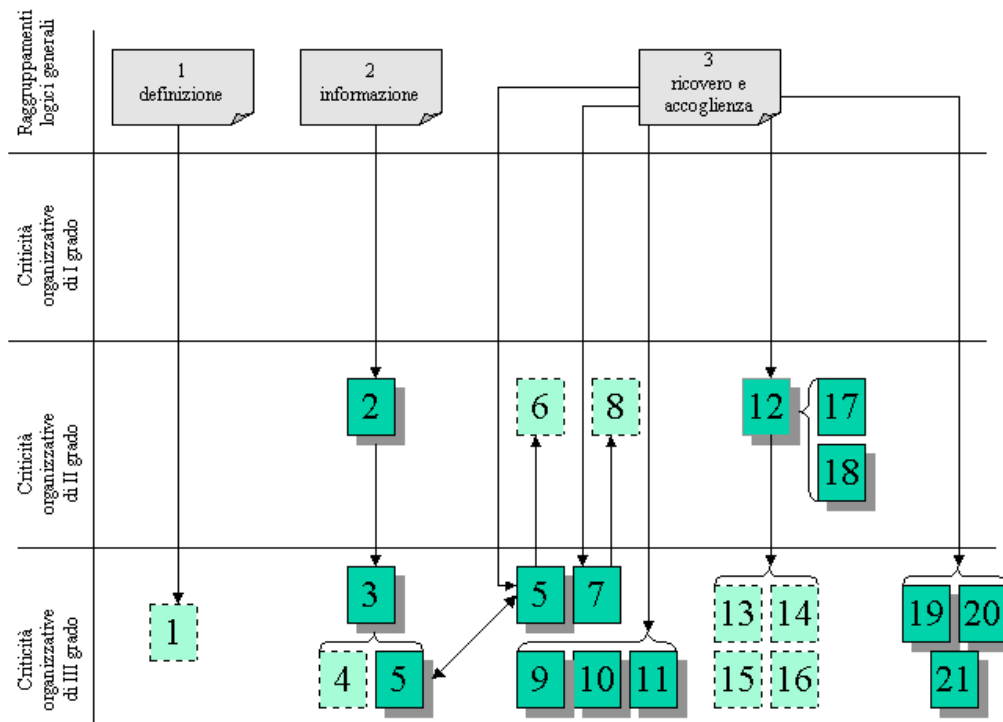
1 = la procedura è stata realizzata esattamente come stabilito nella linea guida

0 = si osserva uno scostamento sensibile, di qualunque entità.

Questa analisi è stata fatta direttamente dagli operatori del Servizio di Staff Qualità dell'Azienda.

Si è proceduto poi allo stesso modo anche per la valutazione della linea guida sul parto fisiologico, con gli adattamenti del caso, producendo il risultato esemplificato nella prossima Fig. 2 (vale la stessa legenda del caso precedente).

FIG. 2 – ESEMPIO DI RISULTATO DELLA VALUTAZIONE TASSONOMICA DELLA LINEA GUIDA SUL PARTO



### 3 – Utilizzo della valutazione tassonomica

L'utilizzo di questo metodo ha consentito di ottenere per entrambe le linee guida un certo numero di elementi "portanti", all'interno dei quali selezionare quelli da assumere come "traccianti" dell'applicazione della linea guida stessa.

La scelta è ricaduta quindi sugli elementi supportati da maggiore evidenza scientifica e minore criticità organizzativa.

Nel caso della valutazione tassonomica della linea guida sul parto normale o fisiologico dato il notevole numero di elementi identificati (94) e la loro complessità, per la scelta degli elementi da sottoporre a valutazione, accanto ai criteri già individuati, si è adottato quello della reperibilità in cartella e della pertinenza con gli aspetti dell'assistenza inerenti il rispetto del naturale andamento del travaglio e del parto fisiologico e la gestione appropriata di tali fasi.

La tassonomica è stata tra l'altro la base di lavoro per :

- leggere le cartelle cliniche di un numero rilevante di ricoveri (a cura degli operatori del Servizio di Staff Qualità) per un'analisi delle performance dei diversi reparti ospedalieri dell'Azienda
- impostare un questionario telefonico per le donne che avevano avuto un parto fisiologico (realizzato da stagiste coordinate dal personale del Servizio di Staff Qualità)
- mettere le basi per una valutazione "prima/dopo" (prima/dopo l'introduzione delle linee-guida)
- costruire un set di indicatori appropriati per l'analisi e la valutazione delle performance nei diversi reparti.

A puro titolo di esempio riassumiamo alcuni degli indicatori costruiti dal gruppo di lavoro per la linea guida sull'ictus.

Legenda per gli indicatori:

- il numero, incorniciato in box, corrispondente al numero dell'elemento di criticità come classificato dal gruppo di lavoro che ha realizzato, inizialmente, la valutazione tassonomica dalla quale sono stati selezionati tutti gli indicatori (di cui i presenti sono una selezione minima)
- fra virgolette, a fianco del numero, la citazione tratta dalla linea guida sull'ictus, come promemoria
- i punteggi da attribuire, nei diversi casi, a ciascun indicatore
- il 'valore' di ciascun indicatore; tale valore indica l'importanza che il Servizio di Staff Qualità dell'Azienda attribuisce a tale indicatore. Questo valore viene utilizzato per supportare la scelta dei Dirigenti delle Unità Operative e sottolineare la rilevanza che l'azienda riconosce ad alcuni degli indicatori stessi.

**4** “Al paziente ictus in fase acuta deve essere garantita una mobilitazione precoce (rotazione sul fianco ogni due ore, acquisizione precoce della posizione seduta, posizionamento corretto del tronco e degli arti)” (raccomandazione di grado C)

Indicatore: Il paziente viene mobilizzato:

	Punteggio
Ogni 2 ore	5
Ogni 2-4 ore	3
Ogni 4 ore e oltre	0

Valore: 5

**7** “Devono essere garantite alimentazione e idratazione adeguate anche nei disfagici (va sempre eseguito in prima giornata il test della deglutizione)” (raccomandazione di grado C)

Indicatore: Il test della deglutizione viene eseguito:

	Punteggio
Per il 90% dei pazienti	5
Per il 75% dei pazienti	4
Per il 60% dei pazienti	3
Per il 50% dei pazienti	2
Per meno del 50% dei pazienti	0

Valore: 4

**18** “ In fase acuta, al momento del ricovero, il paziente con ictus deve comunque essere sottoposto a esami di laboratorio e Pt e PTTa” (raccomandazione di grado C)

Indicatore: Entrambi gli esami di laboratorio:

	Punteggio
Sono stati eseguiti entro 24 h dall'evento acuto	5
Non sono stati eseguiti, o eseguiti oltre le 24 h	0

Valore: 2

**29** “Ai pazienti ricoverati per ictus è indicato iniziare entro le 48 ore il trattamento antiaggregante con ASA alla dose di 160-300 mg/die, se non controindicato” (raccomandazione di grado A)

Indicatore: Il trattamento con ASA è iniziato:

	Punteggio
Entro 48 h	5
Oltre 48 h	3
Non eseguito	0
Senza accertamento TAC	-5
Senza anamnesi di rischi di emorragia app. digerente	-2

\*Prima valutare il fattore “tempo di inizio della terapia ASA” ed assegnare il punteggio relativo; correggere quest’ultimo sottraendo i punteggi in caso di eventuali omissioni negli accertamenti diagnostici.

Valore: 5

E ora alcuni esempi di indicatori per il parto fisiologico.

Valgono le indicazioni e la legenda degli indicatori per l’ictus. La valutazione viene effettuata in base a quanto riportato in cartella, nelle documentazioni allegate e nel partogramma, ad eccezione di un’osservazione diretta in sala parto.

**1/12/13** “Nelle pazienti all’inizio del travaglio è doverosa la raccolta dettagliata di tutti gli elementi anamnestici e clinico-strumentali utili a collocare il successivo parto vaginale in un range di normalità o di rischio...”; “l’anamnesi deve essere completa con particolare riferimento ad eventuali fattori di rischio ostetrici documentati...”

“Le caratteristiche di previsione di basso rischio possono essere individuate secondo i seguenti punti:

- epoca gestazionale >37 e < 42 settimane
- feto singolo in presentazione cefalica
- Peso stimato >2500<4000 gr. (o dimensione approssimativa del feto in percentili)
- Travaglio insorto spontaneamente
- Liquido amniotico limpido
- Rottura pretravaglio delle membrane <24 ore
- Placenta normalmente inserita (raccomandazione di grado A)”

Indicatore: Sono valutati e riportati in cartella:

	Punteggio
I punti a,b,c,d,e,f,g	5
I punti a,b,c,g	4
I punti a,b,c + uno qualsiasi degli altri punti	2
Tutti gli altri casi	0



**14**

“Al ricovero devono essere rilevate pressione, polso e temperatura”.

Indicatore: Vengono rilevate e riportate in cartella:

	Punteggio
Temperatura, pressione e polso	5
Due dei tre parametri	3
Nessuna rilevazione o uno dei tre parametri	0

**15/16**

“Al ricovero è necessario effettuare la valutazione dei seguenti punti:

per via addominale	SI'	NO
1) il battito cardiaco fetale		
2) la situazione e la presentazione fetale		
3) la dimensione approssimativa del feto		
4) la quantità approssimativa del liquido amniotico		
per via vaginale	SI'	NO
5) il grado di appiattamento della cervice preferibilmente in %		
6) la dilatazione cervicale in cm		
7) l'integrità o meno delle membrane amniocoriali		
8) le caratteristiche del liquido amniotico		
9) la presentazione fetale		
10) la presentazione della testa fetale		
11) il grado di impegno della parte presentata		
12) in caso di rottura delle membrane l'eventuale tumore da parto.”		

Indicatore: Vengono valutati e riportati in cartella:

	Punteggio
Almeno 10 dei punti sopra	5
8/9 dei punti sopra	3
6/7 dei punti sopra	2
5 dei punti o meno	0

**19**

“ Il clistere di routine non è necessario”  
(Raccomandazione di grado B)

Indicatore: Il clistere è effettuato:

	Punteggio
Di routine, per l'81-100% delle donne	-5
Per l'80-50 % delle donne	0
Per meno del 50% delle donne	5

**51**

“L'uso routinario del monitoraggio elettronico fetale continuo (CGT) non è necessario nel

parto normale”

(Raccomandazione di grado D)

Indicatore: Il monitoraggio CGT viene effettuato:

	Punteggi	
	In modo continuo	In modo intermittente
Su circa il 30% dei casi	4	+1
Sul 31-60% dei casi	3	+1
Sul 61-90% dei casi	1	+1
Su + del 90% dei casi	0	+1

**52**

“ Il metodo di scelta del monitoraggio fetale durante un travaglio normale è l’auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (BCF)”

(Raccomandazione di grado A)

Indicatore :

Il monitoraggio per auscultazione BCF viene effettuato:

	Punteggio
Per oltre il 71% dei casi	5
Per il 70-41% dei casi	4
Per il 41-21% dei casi	2
Per il 21-1% dei casi	1
Per nessun caso	0

**56**

“ L’uso del partogramma si rivela fondamentale perché permette una immediata comprensione dell’evoluzione del travaglio...”

(Raccomandazione di grado A)

Indicatori:

I) Il partogramma viene usato: (si/no)

	Punteggio
Per almeno il 90% dei casi	5
Per meno del 90% dei casi	0

II) Il partogramma aziendale viene usato: (si/no)

	Punteggio
Per la maggioranza dei casi	5
Per la minoranza dei casi (si fa uso del vecchio partogramma)	0

III) Il partogramma viene compilato:

	Punteggio
In modo completo	5
In modo completo nella parte travaglio e del monitoraggio feto	3
Con alcune lacune minori nella parte travaglio e/o del	

monitoraggio feto	2
Con lacune consistenti nella parte travaglio e/o del monitoraggio feto	1
Con gravissime lacune in molte parti	0

( per la rilevazione di questo indicatore, va costruita una scheda con cui “leggere” il cartogramma)

# Valutare (e organizzare) un Servizio formazione ASL

di Claudio Bezzi<sup>7</sup> e Valeria Matteucci<sup>8</sup>

## 1 – Il contesto

L'esperienza qui descritta riguarda la costruzione di un sistema di valutazione interno per il Servizio Formazione dell'Azienda Sanitaria n. 2 del Perugino. La ASL n. 2 è articolata in Distretti sanitari, Ospedali di Comunità, Residenze per anziani, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali, attività di prevenzione, la rete dei servizi di salute mentale.... Una complessità e diversificazione tale da richiedere molteplici attività formative rivolte ai 2.500 operatori sanitari, sociali e amministrativi. Fino al 1999 l'aggiornamento degli operatori veniva garantito dal servizio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia; dal giugno l'Azienda territoriale si è resa autonoma istituendo un proprio centro di formazione, servizio di staff alla Direzione generale.

Dopo i primi mesi di insediamento la Responsabile ha sentito la necessità da un lato di implementare le competenze del gruppo di lavoro dall'altro di pensare ad un'organizzazione condivisa da tutti più efficiente, in grado di sostenere la crescente complessità del settore, abbinando a tale organizzazione uno strumento valutativo. La proposta operativa di valutazione del Servizio si sviluppa quindi in realtà su due piste parallele: l'*organizzazione* del Servizio, e la sua corrispondente valutazione. Il nodo di giunzione di queste due piste è data dall'*organizzazione della valutazione*, sistema informativo, monitoraggio, ecc.

Questa premessa è già di per sé il frutto di una riflessione articolata che è scaturita dalla domanda "cosa dobbiamo valutare *esattamente*?"

In questo caso l'oggetto valutativo non era 'la formazione', o peggio un singolo progetto formativo, bensì *il Servizio formazione*, quello specifico dell'Az. Sanitaria 2 del Perugino. Dire "Servizio" rinvia necessariamente ai prodotti (corsi formativi) ma anche a processi organizzativi (ruoli, procedure, definizione di obiettivi e modalità realizzative), risorse umane, ecc. Un insieme troppo vasto ed eterogeneo per essere oggetto di valutazione in sé, come insieme, se non passando prima per una scomposizione nei suoi elementi costitutivi.

## 2 – L'approccio metodologico

La consapevolezza della necessità di precisare adeguatamente il contesto (complesso, articolato, in certo senso 'opaco') ha portato inizialmente la Responsabile del Servizio e il valutatore a decidere di intraprendere un percorso esplorativo di precisazione e definizione del contesto attraverso un approccio chiamato 'paradigma lazarsfeldiano'.

Il paradigma lazarsfeldiano non è una 'tecnica', e non è un approccio consolidato nella letteratura valutativa; viene così chiamato dai metodologi il percorso concettuale proposto da Paul Felix Lazarsfeld come guida al corretto svolgimento della ricerca sociale, che dal concetto generale, passando attraverso l'individuazione delle sue dimensioni principali, arriva ad elementi sott'ordinati definiti 'indicatori'<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Valutatore indipendente, direttore della "Rassegna Italiana di Valutazione"; bezzi@valutazione.it

<sup>8</sup> Dirigente Medico Responsabile del Servizio Formazione ed Aggiornamento del Personale della ASL n. 2 di Perugia.

<sup>9</sup> Cfr. Paul F. Lazarsfeld, *Dai concetti agli indici empirici*, in "L'analisi empirica nelle scienze sociali. I - Dai concetti agli indici empirici", a cura di R. Boudon e P.F. Lazarsfeld, Il Mulino, Bologna 1969.

La produzione letteraria su questo argomento è vastissima, e ad essa rinviamo<sup>10</sup> limitandoci a riepilogare brevemente, al fine della comprensione di quanto esporremo fra breve:

- il ‘concetto’, secondo un lessico ormai accettato fra i metodologi, è una categoria del pensiero che media fra teoria e realtà empirica<sup>11</sup>; ‘tavolo’ è un concetto, come ‘rabia’, come la frase ‘Gli elettori decidono all’ultimo momento il partito per cui votare’, che è un concetto complesso costituito da più concetti<sup>12</sup>;
- ‘dimensione’ è il primo livello di scomposizione, sottostante al concetto. E’ una sorta di ‘filtro’ fra il concetto, sempre polisemico, complesso, non ben delimitato, e i successivi indicatori, che invece rappresentano, al contrario, una dimensione operativizzata;
- ‘indicatore’, finalmente, è il livello direttamente osservabile, misurabile, o meglio ‘operativizzabile’ delle dimensioni, e quindi del concetto. L’indicatore è quindi “uno strumento [concettuale] che fornisce informazioni dirette o indirette su grandezze altrimenti latenti”<sup>13</sup>.

Rispetto al linguaggio comune, che ritiene essere l’indicatore un mero numero, nel lessico scientifico l’indicatore è un concetto non astratto, basso nella scala di astrazione, per il quale possiamo immaginare strumenti operativi di osservazione, che ‘indica’ (ovvero, sta in un rapporto semantico) il concetto generale dal quale eravamo partiti.

Il paradigma lazarsfeldiano è un modello concettuale per affrontare la ricerca sociale, e più in generale un percorso di *problem solving*, che ha notevoli implicazioni anche in valutazione<sup>14</sup>. Da un certo punto di vista, infatti, possiamo utilizzare il paradigma come analogico ai problemi che dobbiamo affrontare:

- al livello del concetto troviamo l’evaluando, il problema da valutare (nel nostro caso il Servizio formazione);
- al livello delle dimensioni analoghi elementi cardine costitutivi dell’evaluando;
- al livello degli indicatori elementi scompositivi minimi, empiricamente verificabili nel processo valutativo<sup>15</sup> (è qui che troviamo le soluzioni organizzative e valutative che ci eravamo prefissati).

Quello che abbiamo sperimentato nell’ASL 2 del Perugino è stato appunto questo: utilizzare il paradigma lazarsfeldiano come strumento di chiarificazione dell’evaluando (il Servizio formazione) per la definizione di ‘indicatori’ organizzativi e valutativi.

In grande sintesi si è proceduto in questo modo:

1. definizione e reclutamento del gruppo operativo che avrebbe affiancato la Responsabile nel processo valutativo;
2. analisi degli elementi costitutivi del Servizio (paradigma lazarsfeldiano);
3. definizione dei processi organizzativi relativi a ciascun elemento del Servizio
4. definizione dei processi valutativi relativi a ciascun elemento del Servizio
5. definizione del sistema informativo necessario per collegare i due punti precedenti.

Il primo punto in elenco sottintende un approccio partecipato alla valutazione: la maggior parte delle fasi del lavoro è stata realizzata con la partecipazione di molteplici figure di riferimento che il Servizio formazione ha nei diversi centri vitali dell’Azienda al fine di ottenere una veloce

---

<sup>10</sup> Segnaliamo almeno: Alberto Marradi, *Concetti e metodi per la ricerca sociale*, La Giuntina, Firenze 1987; Leonardo Cannavò, *Teoria e pratica degli indicatori nella ricerca sociale. 1 - Teorie e problemi della misurazione sociale*, Ed. Led, Milano 1999.

<sup>11</sup> Leonardo Cannavò, *Teoria e pratica degli indicatori nella ricerca sociale*, cit. p. 116.

<sup>12</sup> Alberto Marradi, *Concetti e metodi per la ricerca sociale*, cit., p. 10; 12.

<sup>13</sup> Leonardo Cannavò, *Teoria e pratica degli indicatori nella ricerca sociale*, cit., p. 135.

<sup>14</sup> Cfr. Claudio Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, Nuova edizione rivista e aggiornata, Franco Angeli, Milano 2003.

<sup>15</sup> Questa analogia è già stata proficuamente suggerita da Mauro Palumbo in due importanti saggi: *Indicatori e valutazione di efficacia delle policies*, “Sociologia e Ricerca Sociale”, n. 47-48, 1995, e *Valutazione di processo e d’impatto: l’uso degli indicatori tra meccanismi ed effetti*, in Nicoletta Stame (a cura di), “Valutazione 2001. Lo sviluppo della valutazione in Italia”, Franco Angeli, Milano 2001.

sensibilizzazione in merito ai problemi e bisogni formativi e nello stesso tempo evitare il rischio dell'autoreferenzialità. Questo gruppo di referenti si è quindi riunito in diverse occasioni assieme alla Responsabile del Servizio formazione (più membri del suo staff), alla Responsabile del Servizio qualità dell'Azienda, oltre, naturalmente, al valutatore.

Il secondo punto rinvia a una fase essenziale del processo valutativo: l'esplorazione dell'oggetto di valutazione inteso come campo semantico da decomplessificare (utilizzando, come detto, il paradigma lazarsfeldiano).

Nelle prossime due Figure mostriamo una esemplificazione di scomposizione attraverso il paradigma lazarsfeldiano (Fig. 1) e la ricomposizione grafica di concetto, dimensioni e sottodimensioni (Fig. 2). La Fig. 1 mostra abbastanza chiaramente come abbiamo lavorato: in gruppo abbiamo stipulato quale fosse il 'concetto' da esplorare; non è stato semplice, perché dietro l'oggetto *Servizio formazione* possono trovarsi definizioni e obiettivi diversi. Il gruppo ha deciso, in seguito a una discussione molto densa, che l'oggetto che ci interessava non era il Servizio come unità amministrativa, né la didattica, né tantomeno una sommatoria di corsi professionali, bensì il *mandato* professionale, organizzativo, istituzionale, che tale Servizio assume nel contesto dell'ASL, e tale mandato è stato definito come "Organizzare il servizio in modo che la formazione risponda a una logica sistemica e a requisiti di qualità, e garantisca il collegamento e dialogo con altri sistemi (p.es. ECM, sistema regionale, ...) e una valutazione orientata a una logica di *accountability*". E' facile osservare come tale definizione sia ricca di articolazioni ed elementi di complessità. Nella Fig. 1 questo 'concetto' evidenzia, in box, tali elementi, che sono stati considerati analoghi alle 'dimensioni' da sottoporre a successiva esplorazione.

Sempre in gruppo quindi, dimensione per dimensione sono state discusse e scomposte in sottodimensioni. La Fig. 1 esemplifica la riflessione sulla dimensione 'Formazione' (la sua definizione racchiude in box i relativi elementi critici costitutivi di sotto-dimensioni), e sulla sua sottodimensione "Risorse umane". L'ultimo livello (in Fig. 1), quello espresso da tre cifre, è il livello degli indicatori, anche se la produzione in gruppo (esemplificata in Figura) *non* può ancora essere considerata definitiva.

Sulla base di questo lavoro successive elaborazioni della Responsabile del Servizio e del valutatore hanno poi portato agli indicatori, ovvero alla riflessione operativa per l'organizzazione e la valutazione del Servizio.

La 'mappa' complessiva delle dimensioni e sottodimensioni è riportata nella successiva Fig. 2 (i box in grigio indicano dimensioni che successivamente si è deciso di non esplorare separatamente perché incluse, in qualche modo, nelle precedenti).

FIG. 1 – STRALCIO DELL'ESPLORAZIONE DEGLI ELEMENTI COSTITUTIVI DEL CONCETTO "SERVIZIO FORMAZIONE DELL'ASL 2 DEL PERUGINO" TRAMITE PARADIGMA LAZARSFELDIANO

[...] Proponendo quindi di assimilare il mandato al concetto da esplorare, questo può essere così definito:

Organizzare<sup>3</sup> il servizio [formazione] in modo che la formazione<sup>1</sup> risponda a una logica sistemica<sup>3</sup> e a requisiti di qualità<sup>2</sup>, e garantisca il collegamento e dialogo con altri sistemi (p.es. ECM, sistema regionale, ...) e una valutazione<sup>4</sup> orientata a una logica di accountability

## 1 – Formazione è:

Sviluppare le risorse umane<sup>1-1</sup> promuovendo le conoscenze, le competenze, le abilità<sup>1-2</sup>, in coerenza con le linee strategiche, la programmazione aziendale<sup>1-3</sup> e i livelli del sapere che contribuiscono alla promozione e tutela della salute<sup>1-4</sup>

### 1.1 – Sviluppare le Risorse umane

(Conoscere le risorse – quante, quali, ... - in relazione al 'quando' – nuove assunzioni, riconversioni, ... - e al problema dei crediti formativi; tutte le risorse umane dell'Azienda devono essere censite e sviluppate con criteri di equità d'accesso).

1.1.1 Criteri d'accesso espliciti e mirati alle esigenze aziendali

1.1.2 Per *tutto* il personale aziendale

1.1.3 Per ottenere crediti formativi

1.1.4 legati a un sistema incentivante

1.1.5 Proposti in momenti di cambiamento strutturale aziendale (es. Passignano)

1.1.6 o in momenti topici della biografia professionale (es. nuove assunzioni)

1.1.7 Comunque periodicamente realizzata (formazione permanente)

1.1.8 La formazione è comunque un dovere per il personale

[...]