

L'IMPORTANZA DEI FLUSSI INFORMATIVI NELLA PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni, le trasformazioni socio-demografiche e nosologiche, hanno determinato consistenti modifiche degli orientamenti politici e legislativi nell'ambito della Sanità italiana.

La prima legge di riforma del 23-12-78 n. 833 ha segnato il passaggio da una situazione nella quale le prestazioni assistenziali venivano erogate in maniera difforme da più enti (mutualistici, locali, ospedalieri, ecc) ad un Servizio Sanitario Nazionale unico che avrebbe dovuto assicurare la tutela della salute in maniera uniforme a tutti i cittadini senza distinzione di sorta.

Questo modello, sebbene fondato sui principi basilari della Costituzione, ha incontrato numerosi ostacoli tra cui il continuo e incontinibile aumento della spesa sanitaria, la povertà di risorse, l'eccesso di ingerenza politica nella materia tecnico sanitaria, e la scarsa preparazione dei gestori e degli operatori.

Con il D.L 30-12-92 n. 502 , modificato ed integrato dal D.L. 7-12-93 n. 517, c'è stato un radicale riordino, basato sulla regionalizzazione, per favorire la governabilità dei servizi, sollevando il carico dallo Stato centrale e ripartendolo tra le diverse regioni; in questo modo vengono ridefiniti i compiti dei soggetti istituzionali Stato-Regioni e viene introdotta la nuova istituzione dell'Azienda Sanitaria, sia USL che Ospedaliera. Tali strutture devono necessariamente dotarsi, per assolvere alla loro nuova natura aziendale, di organismi deputati alla messa a punto di metodologie gestionali di tipo manageriale quali il controllo di gestione (il termine controllo va inteso in senso anglosassone: "control" governo-guida, piuttosto che come ispezione, riscontro, verifica).

Tale struttura interna di supporto agli organismi decisionali è finalizzata allo svolgimento di molteplici compiti , compresa la valutazione dell'efficienza, efficacia ed economicità delle scelte.

La trasformazione delle USL e degli Ospedali in Azienda è stata quindi condizionata dal superamento della loro cultura tradizionale, basata sulle decisioni preliminari, anziché sulla programmazione per obiettivi e dall'adozione sistemica del "controllo di gestione". Per poter svolgere al meglio le sue funzioni il controllo di gestione deve essere dotato di un valido sistema informativo.

I Flussi Informativi

Attualmente nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliere sono attivi flussi informativi che coprono in modo più o meno particolareggiato tutti i settori e tutti gli aspetti dell'attività sanitaria:

- a) Sistema di rilevazione delle attività gestionali ed economiche (Flussi Informativi di Governo)
- b) Monitoraggio di livelli uniformi di assistenza:
 - Prevenzione
 - Assistenza Sanitaria di Base
 - Assistenza Specialistica territoriale
 - Assistenza Ospedaliera

- Assistenza Residenziale Sanitaria a non autosufficienti e a lungo degenti cronici
- Attività di supporto ai servizi generali
- c) Relazione al conto annuale
- d) Flussi informativi Ospedalieri

I sistemi informativi rilevano dati e producono informazioni.

Il dato è la rappresentazione originaria e non interpretata di un fenomeno, mentre l'informazione è "l'insieme di uno o più dati, memorizzati, classificati, organizzati, messi in relazione o interpretati nell'ambito di un contesto, in modo da avere un significato"

Il processo di produzione dell'informazione può essere distinto in tre fasi:

- acquisizione dei dati;
- elaborazione;
- emissione dell'informazione.

Mentre i dati elementari hanno un carattere intrinseco di oggettività e quindi di necessità, i dati sintetici trovano la loro giustificazione in base ad esigenze tecniche ed economiche.

L'informazione ha ragione di sussistere solo se prodotta per essere destinata a qualcuno per qualche scopo, ad esempio come elemento di controllo per attivare il processo decisionale.

In ogni sistema, con un elevato grado di articolazione, il processo di produzione delle informazioni si articola, su più livelli, in corrispondenza con la struttura organizzativa dei destinatari dell'informazione.

I dati elementari vengono di solito acquisiti da procedure che si svolgono nelle diverse Unità Operative, (base della piramide).

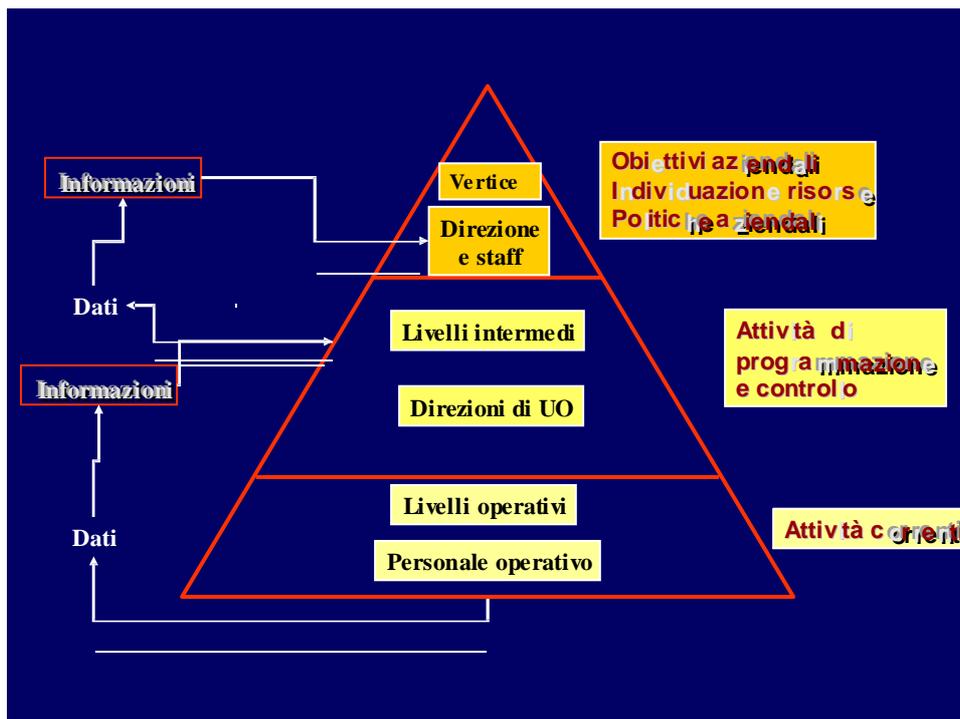
Informazioni troppo dettagliate non hanno interesse per i livelli gerarchici superiori, mentre al contrario, informazioni troppo sintetiche non sono utilizzabili ai livelli operativi.

Riportando il modello della Piramide al SSN :

la base è rappresentata dalle ASL e dalle Aziende Ospedaliere;

la parte intermedia dalle Regioni;

il vertice dal Ministero della Salute o meglio il SIS (Sistema Informativo Sanitario)



L'analisi dei flussi informativi istituzionali ci offre lo spunto per una riflessione in merito alla tipologia di informazioni di cui i diversi soggetti hanno bisogno.

Nell'ambito del Sistema Sanitario, si possono distinguere 4 fondamentali tipologie di informazioni:

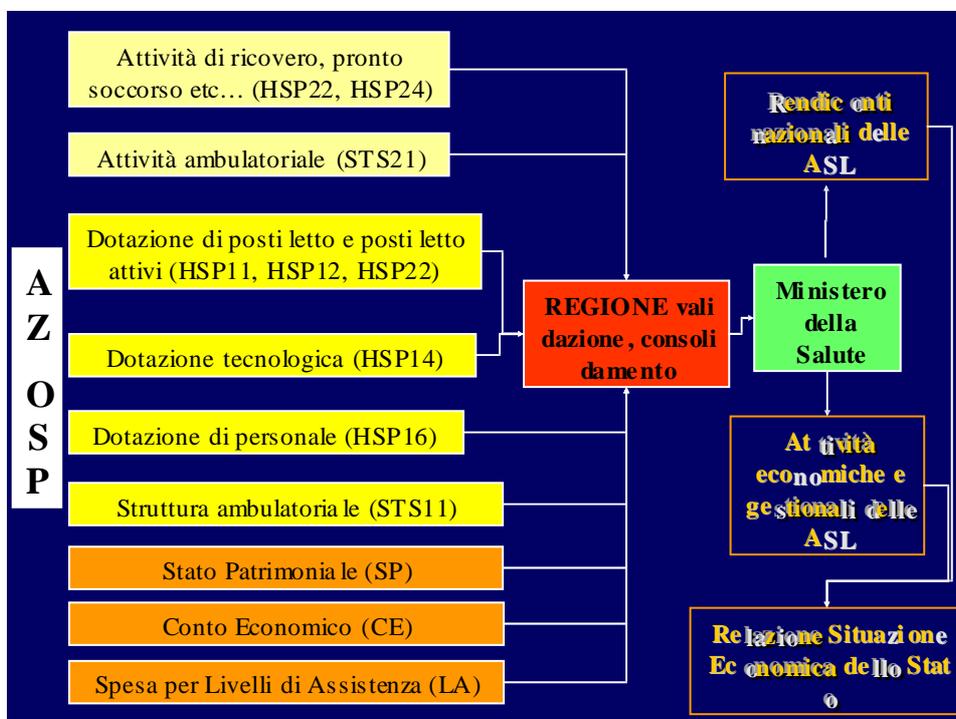
1. informazioni che consentono di valutare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute e la sua idoneità a tutelare concretamente il "diritto alla salute";
2. informazioni necessarie a realizzare la funzione di "governo del sistema" a livello nazionale (competenza dello Stato) e a livello regionale (competenza delle singole Regioni);
3. informazioni per gli organi esterni all'amministrazione della sanità per esercitare le loro funzioni di controllo della spesa (Ministero del Tesoro, Ragioneria dello Stato...), di controllo sulla legalità e correttezza dell'azione amministrativa (Corte dei Conti) e di rilevazione del quadro statistico che descrive lo "stato del sistema" e consente raffronti con altri sistemi (ISTAT);
4. informazioni necessarie ad esercitare la funzione di governo delle singole "Aziende" e di gestione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi.

Il sistema di rilevazione, attualmente in gran parte informatizzato, prevede l'invio da parte di ASL e Aziende Ospedaliere di una rilevante messe di informazioni con varie cadenze mensili, trimestrali e annuali.

I risultati di questo sistema sono largamente insoddisfacenti in quanto non presentano una grande sintesi e un sufficiente potere esplicativo e comparativo, utile ad evidenziare efficienze e inefficienze in ordine alla valutazione:

1. dello stato di salute della popolazione;
2. del ruolo che su questo giocano i servizi sanitari;
3. delle modalità di funzionamento di questi ultimi.

Nella Figura vengono riportati alcuni dei flussi obbligatori per una Azienda Ospedaliera:



Ogni organizzazione complessa destinata alla produzione di beni e servizi deve dotarsi di un sistema informativo utile al controllo di gestione, ovvero di un sistema di raccolta e scelta di dati così come dalla messa a punto di procedure che forniscono informazioni.

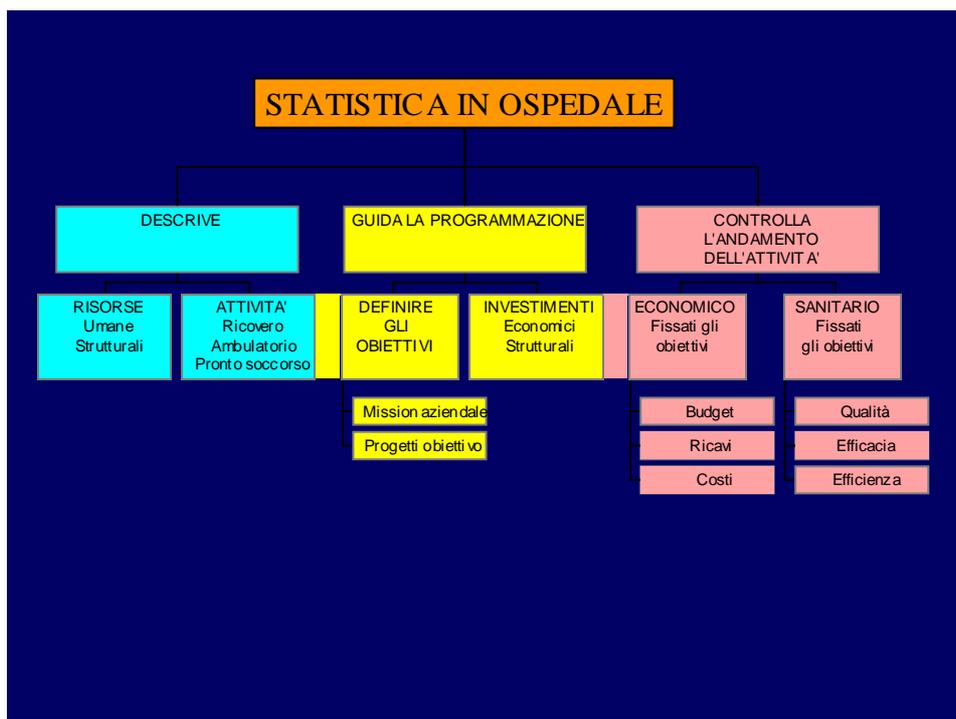
I dati rappresentano l'elemento fondamentale dell'informazione e devono, per questo, innanzitutto essere rilevati e catalogati.

Questo però non è sufficiente in quanto essi, una volta rilevati, vanno elaborati in funzione degli specifici bisogni di conoscenza.

Gli obiettivi e requisiti di un Sistema Informativo Integrato sono:

1. Consentire la gestione dei flussi informativi relativi all'erogazione delle prestazioni sanitarie (prenotazione, accettazione, fornitura dei farmaci, effettuazione di esami di laboratorio e strumentali);
2. svolgere attività tipicamente amministrative;
3. fornire un supporto alle decisioni cliniche per la definizione dei piani terapeutici e dei protocolli diagnostici;
4. fornire le informazioni connesse alle decisioni organizzative necessarie a chi ricopre responsabilità direzionali di vario titolo, per controlli di gestione, per la valutazione delle attività in termini organizzativi, come supporto alle decisioni direzionali;
5. definire indicatori utili per la ricerca statistica ed epidemiologica;
6. mettere a punto un sottosistema di controllo sui dati, per assicurare livelli diversi di accesso agli stessi, affinché venga rispettata la riservatezza delle informazioni, in modo particolare di quelle cliniche.

La Statistica ospedaliera rappresenta quella branca della statistica che ha come oggetto lo studio della collettività costituita dall'ospedale ed è un utile supporto a quanto su esposto.



I sistemi di indicatori e metodi di analisi

L'analisi dello stato della salute della popolazione non può prescindere da una corretta rilevazione dell'attività ospedaliera la quale, pure in un momento di prevalente stimolo allo sviluppo dei servizi di base e territoriali, assorbe gran parte delle risorse sanitarie e costituisce classicamente un punto di riferimento centrale per l'utenza.

Il principale obiettivo nella valutazione dell'assistenza sanitaria è il miglioramento della qualità dell'assistenza stessa; inoltre esistono altre motivazioni sia di tipo economico, cioè contenimento e

riduzione della spesa, sia di tipo scientifico (legate alla complessità delle malattie, alla diversità dei casi individuali e alle numerose specializzazioni esistenti in campo medico). Per questo è importante non solo fare una continua valutazione dell'assistenza sanitaria, ma anche finalizzarla all'utilizzo ottimale dei mezzi disponibili e al miglioramento della qualità tecnico scientifica e umana dell'assistenza. E' chiara quindi l'importanza di dotarsi di strumenti idonei per valutare l'assistenza sanitaria.

In genere si definisce valutazione un processo attraverso il quale si attribuisce a qualche elemento un giudizio di valore su scale qualitative e quantitative usando tecniche e strumenti diversi. Nel contesto sanitario assumono interesse i cosiddetti indicatori: si tratta di strumenti metodologici semplici costituiti da espressioni quantitative (numeri, percentuali, tassi, proporzioni) che forniscono una sintetica rappresentazione dei diversi aspetti del sistema in esame. Se scelti correttamente, permettono di informare con buona approssimazione sulla situazione e si possono confrontare con valori predeterminati (standard) ritenuti sufficienti.

Con i D.M. del 24 luglio 1995 viene precisato che:

Il Servizio Sanitario Nazionale adotta un insieme di indicatori quale strumento ordinario e sistematico per l'auto-valutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie;

Gli indicatori rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e conseguentemente orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali

Le Regioni, le province autonome e il Ministero della Salute utilizzano gli indicatori per la verifica e l'attuazione del PSN per il processo di pianificazione regionale (valutazione efficacia di criteri di programmazione ed allocazione delle risorse).

Con il D.M. 23 dicembre 1996 vengono introdotti i Modelli di rilevazione dei flussi informativi nelle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Un sistema di indicatori ha un portato di conoscenza scarso se considerato isolato da una scala parametrata e soprattutto dal suo contesto. E' fondamentale un posizionamento competitivo nel sistema di indicatori anche in considerazione del passaggio in materia sanitaria dalla legge 833 alla 502/517.

INDICATORI

Informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e conseguentemente contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali

Ministero della Salute

Decreto 12 dicembre 2001: Sistema di garanzie per il monitoraggio dell' assistenza sanitaria Suppl. G.U. n. 34 del 9 febbraio 2002

un **indicatore** e' uno strumento metodologico semplice costituito da espressioni quantitative (numeri, percentuali, tassi, proporzioni) che fornisce una sintetica rappresentazione del fenomeno in esame

gli indicatori possono essere confrontati con valori predeterminati **standard**

un indicatore per risultare valido deve soddisfare alcuni requisiti fondamentali

deve essere:

C? SEMPLICE

L' aspetto che l' indicatore vuole cogliere deve essere facilmente comprensibile

C? FINALIZZATO

Costituito da misure rappresentative capaci di cogliere gli obiettivi che si propone di raggiungere

C? ACCETTABILE

Applicabile alla maggior parte delle situazioni

C? ACCURATO

Non deve essere inficiato da errori sistematici

C? RIPRODUCIBILE

La misura dello stesso fenomeno, ripetuta più volte, deve dare solo variazioni minime

C? INTEGRABILE

In grado, se associato ad altri, di dare informazione globale della situazione

Tra i vari indicatori in ambito ospedaliero quelli che vengono più frequentemente utilizzati sono:

INDICATORI DI STRUTTURA E DI ATTIVITA'

IDENTIFICANO LA DISPONIBILITA' DI RISORSE E LA LORO UTILIZZAZIONE

INDICATORI DI PROCESSO

VALUTANO LE MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLE DIVERSE ATTIVITA' DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, TERAPIA E RIABILITAZIONE

INDICATORI DI ESITO

MISURANO IL CAMBIAMENTO DELLA STORIA DEL PAZIENTE O DI UNA COMUNITA' IN TERMINI DI EFFICACIA E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

INDICATORI DI STRUTTURA

consentono di descrivere sinteticamente una struttura ospedaliera in termini di:
dotazione di posti letto, spazi , attrezzature, personale

INDICATORI DI ATTIVITA'

descrivono in termini dinamici il funzionamento ospedaliero sia per quanto riguarda il movimento dei pazienti (tasso di occupazione, indice di turnover, ecc...)
sia per quanto attiene alle attivita' dei servizi ambulatoriali, diagnostici, di day hospital, di surgery.

INDICATORI DEL RICORSO ALL' ASSISTENZA OSPEDALIERA

SONO UN ESSENZIALE ELEMENTO DI VALUTAZIONE
DEL SISTEMA

nella fase di pianificazione dei servizi
nel controllo del loro funzionamento a livello centrale

ESPRIMONO LA PRESSIONE ESERCITATA DAGLI
UTENTI SULLE STRUTTURA DI RICOVERO, IN TERMINI
QUANTITATIVI

(Tasso di ospedalizzazione = $n. \text{ rico veri} / \text{ popolazione residente}$
Indice di attrazione = $\text{ricoveri non residenti} / \text{ricoveri residenti}$
durata della degenza...)

QUALITATIVI

(Cause di ricovero)

Spesso è più opportuno analizzare gli indicatori non singolarmente ma studiando le relazioni intercorrenti tra loro. Ciò è possibile ad esempio attraverso l'utilizzo del Nomogramma di Barber e del Nomogramma di Gandy.

NOMOGRAMMA DI BARBER

E' UN SISTEMA DI VALUTAZIONE DELL'
ATTIVITA' OSPEDALIERA

consente confronti nel tempo e nello spazio
permette di effettuare un check-up dell' attività
ospedaliera
prendendo in considerazione quattro indicatori

- **LA DEGENZA**

MEDIA

$$DM = GD / CD$$

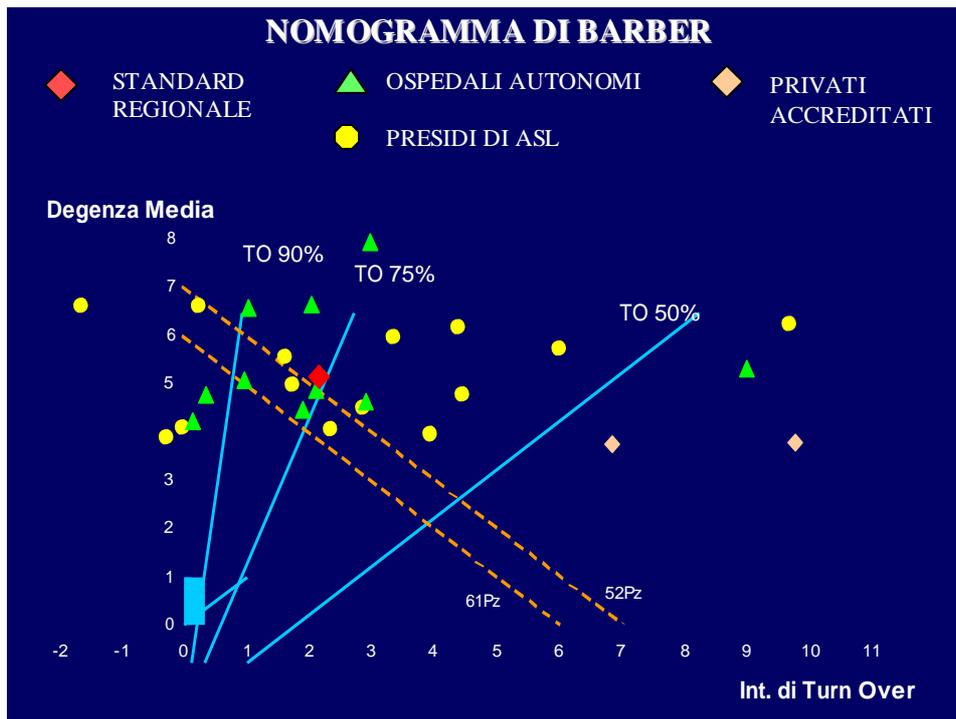
- **IL TASSO DI
OCCUPAZIONE**

$$TO = GD / (PL \cdot 365)$$

- **L' INTERVALLO DI TURN-
OVER**

**L' INDICE DI ROTAZIONE PER POSTO
LETTO**

Un esempio:



NOMOGRAMMA DI GANDY

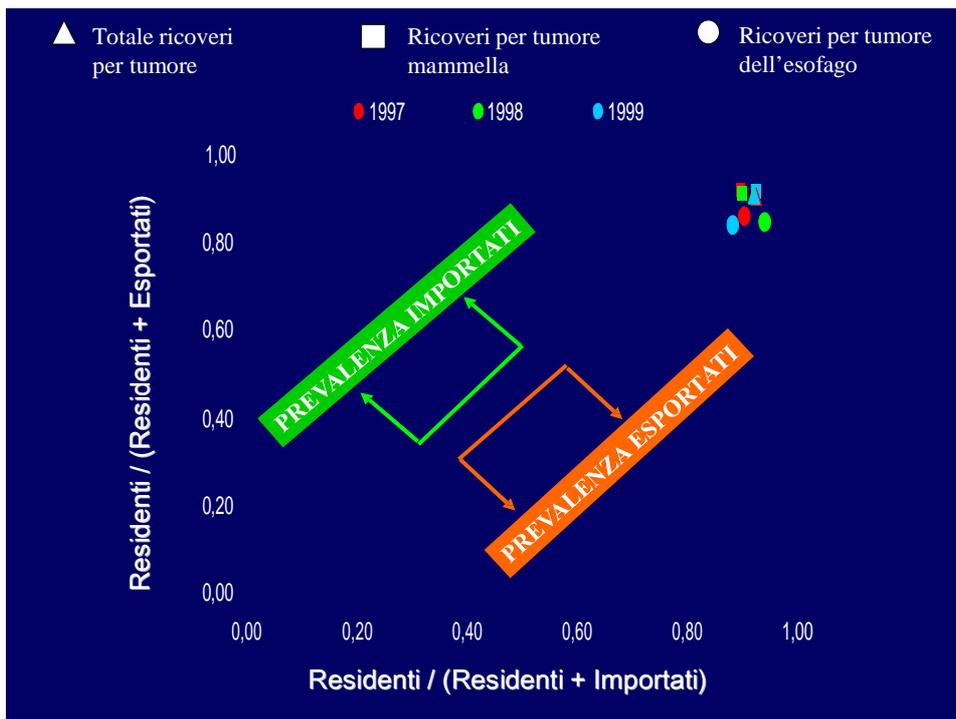
ESPRIME L' ATTITUDINE DI UN OSPEDALE A SODDISFARE O MENO

la domanda del proprio territorio

quella di persone provenienti da zone extraterritoriali

CONSENTE DI VALUTARE LA MOBILITA' OSPEDALIERA evidenziando la relazione esistente tra i casi di ricovero importati ed esportati e la domanda di ricoveri soddisfatta nella propria regione di residenza

Un esempio:



Infine

CON L' ENTRATA IN VIGORE DEL SISTEMA DRG
E' POSSIBILE DETERMINARE:

L' INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE
consente la valutazione dell' efficienza operativa di
un reparto rispetto ad uno standard di riferimento

**L' INDICE DI CASE-
MIX**

indica la complessità della casistica di una struttura
ospedaliera per acuti in relazione ad uno standard di
riferimento

L'INDICE DI CASE MIX (ICM)

$$\text{peso medio del singolo} = \frac{\text{somma pesi}}{\text{totale ricoveri}}$$

$$\text{PESO MEDIO STANDARD} = \frac{\text{SOMMA PESI}}{\text{TOTALE RICOVERI}}$$

$$\text{ICM} = \frac{\text{peso medio del singolo}}{\text{PESO MEDIO STANDARD}}$$

L'INDICE DI CASE MIX (ICM)

$$\text{ICM} = \frac{\sum_{\text{DRG}} \text{DMS}_{\text{DRG}} \cdot \text{p.ric}_{\text{DRG}}}{\text{DMS}}$$

$\text{p.ric}_{\text{DRG}}$ = proporzione di ricoveri DRG specifica nella struttura in analisi

DMS = degenza media standard

DMS_{DRG} = degenza media standard DRG specifica

Negli ultimi anni, inoltre, il tema dominante nell'organizzazione sanitaria pubblica è l'esperimento a carattere internazionale di **introdurre elementi di “mercato”** e cioè di concorrenza **per aumentare l'efficienza e ridurre i costi dell'assistenza sanitaria**. Si tratta in pratica di una forte spinta a cambiare modelli organizzativi e gestionali dell'assistenza sanitaria, nel tentativo di migliorarla.

Le matrici portafoglio possono essere considerati strumenti di pianificazione strategica in quanto:

forniscono un metodo strutturato per costruire la base informativa su cui impostare i processi decisionali strategici;

servono per confermare, in modo quanto più “oggettivo”, le motivazioni alla base delle scelte strategiche aziendali.

Lo strumento che ha una sua oggettività permette di assolvere a quattro scopi:

1. fotografare la posizione competitiva relativa interna delle U.O. aziendali;
2. individuare le linee di sviluppo aziendali coerenti con la *mission* aziendale;
3. oggettivare le aspettative connesse alla programmazione annuale: impegni di budget per le U.O. rispetto alla loro posizione competitiva e coerenti con le linee strategiche di sviluppo aziendale;
4. favorire un benchmarking interno finalizzato a promuovere una spinta interna all'emulazione in positivo e quindi al miglioramento.

LE MATRICI DI PORTAFOGLIO ATTIVITÀ

SONO STRUMENTI DI ANALISI STRATEGICA CHE SUPPORTANO I PROCESSI DECISIONALI

La definizione delle matrici portafoglio è derivata dal fatto che sono state ideate per posizionare le Aree Strategiche di Affari (ASA=U.O.) rispetto alla posizione competitiva ed agli obiettivi dell' Azienda

Servono ad individuare un portafoglio equilibrato di aree di attività:

- in termini di aree che producono o assorbono prevalentemente risorse finanziarie
- in termini di percorsi di sviluppo, consolidamento o dismissione delle diverse aree

- ◆ Sintetizzano graficamente le diverse alternative strategiche;
- ◆ Inquadrano i problemi delle singole unità organizzative in una dimensione più complessiva;
- ◆ Possono evidenziare problemi che altrimenti non emergerebbero;
- ◆ Aiutano a simulare l' impatto di scelte strategiche sulla strategia

globale dell' azienda.

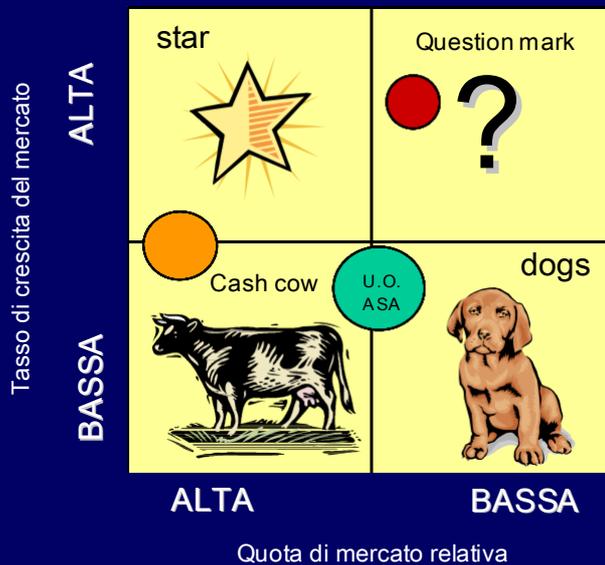
IL Modello Boston Consulting Group (BCG) si basa sui seguenti passaggi:

Individuazione delle ASA (aree strategiche di affari, U.O.); Valutazione delle prospettive di lungo termine di ciascuna unità;

Calcolo della quota di mercato relativa di ciascuna ASA come rapporto tra quota di mercato dell' unità operativa e quota di mercato del concorrente maggiore (quando il rapporto è maggiore di 1 il modello considera implicitamente l' unità come punto di forza dell' azienda)

Posizionamento dell' ASA, cioè delle UU.OO., dentro i quattro quadranti della matrice : la dimensione del cerchio identifica l' U.O. e rispecchia il contributo di ciascuna unità alla generazione dei ricavi complessivi.

Modello Boston Consulting Group (BCG)



Le **star** sono le unità in posizione migliore, ad alta competitività, sono le aree su cui si dovrebbero investire risorse per garantirne al minimo il consolidamento e la continuità

I **question mark**, sono le unità competitivamente deboli, con una bassa quota di produzione/fatturato sul totale; sono unità in cui si deve decidere se investire, a patto di voler sopportare il rischio connesso, o disinvestire completamente

Le **cash cow** sono le unità che producono molto margine; sono le "mucche da mungere" i cui profitti vanno a finanziare gli investimenti in altre aree aziendali in crescita

I **dogs** rappresentano le unità peggio posizionate sia sul versante competitivo che su quello della crescita e sono quindi in teoria da eliminare o depotenziare per prime. Sono cioè le ultime a ricevere eventuali fondi di investimenti

Con il modello BCG si dovrebbe quindi pervenire:

- ❖ ad un portafoglio equilibrato in cui vi è presenza di **cash cow e star** sufficienti a finanziare le altre **star e i question mark**;

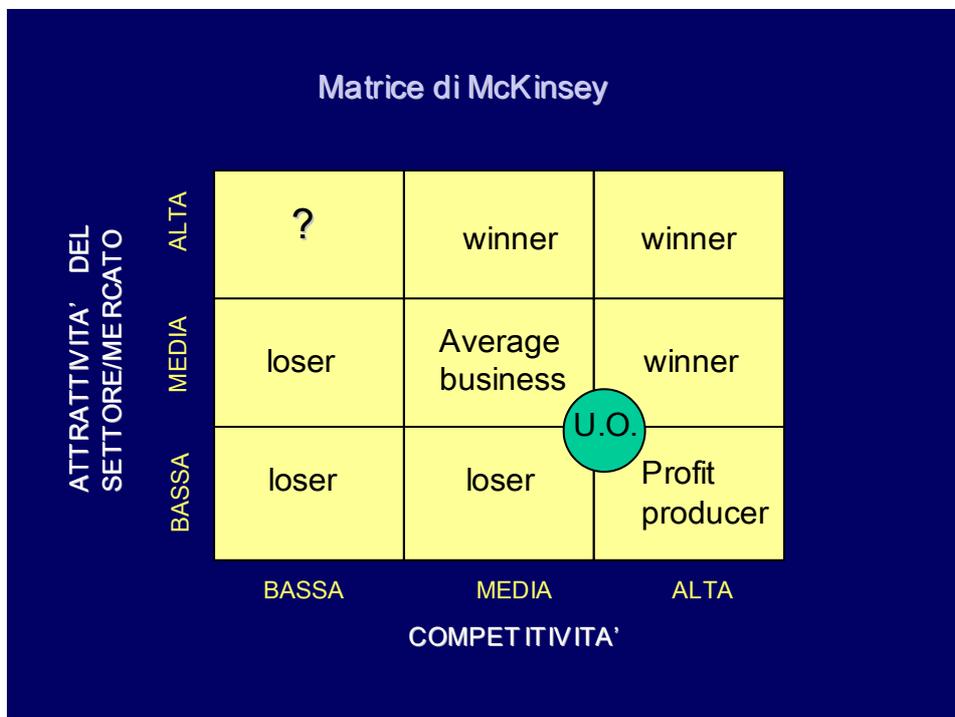
l'implicito sottostante è che alla competitività (espressa come quota di mercato relativa) è associata la capacità di generare cassa, mentre al tasso di crescita di mercato si associa "l'utilizzo di cassa", il bisogno di finanziamento collegato agli investimenti per sviluppare e U.O. in crescita;

- ❖ alla individuazione di strategie di sviluppo decidendo quali U.O. (question mark) favorire e quali abbandonare, quali cash cow e dog depotenziare o addirittura abbandonare; scelte queste ultime che comunque in sanità vanno ponderate in funzione del bisogno di salute da soddisfare e dalla capacità del sistema complessivo di coprire la quota di mercato lasciata scoperta.

I limiti di un approccio di questo tipo sono:

- ❖ nell'eccessiva semplificazione del modello;
- ❖ le cash cow sono da una parte generatori di cassa, ma possono richiedere investimenti per mantenere la leadership;
- ❖ i vantaggi di costo non dipendono solo dall'economia di scala, ma si legano anche alle specializzazioni e quindi alla copertura di nicchie di mercato con fatturati medio-bassi, ma ad alto profitto.

Un altro approccio è determinato dalla matrice di McKinsey che è a nove quadranti



Le dimensioni di analisi rimangono due: **Competitività** e **Attrattività** del mercato, ma sono costruite su più fattori.

Per la costruzione della matrice:

- Si individua un set di criteri ritenuti determinanti dell'attrattività/competitività del mercato;

- Per ciascun criterio si determina un peso in funzione della rilevanza; assegnata ad esso dall'Azienda (la somma dei pesi deve essere pari a 1)
- Ogni ASA o bacino di utenza della U.O. viene valutato in relazione a criteri definiti su una scala che di norma è fissata tra 1-3 o 1-5;

Infine si ottiene:

Indice di attrattività e/o competitività = Σ (pesi dei fattori x Valutazione U.O)

Per l'Attrattività i criteri possono essere la valutazione del trend in crescita, la dimensione, l'intensità di capitale richiesto, il grado di competizione, la stabilità tecnologica. Analogamente per la Competitività: la quota di mercato detenuta, la qualità dei prodotti/servizi erogati, la capacità di assistenza, le conoscenze tecnologiche-scientifiche di cui si dispone.

I vantaggi sono dati dalla quantificazione mediante punteggi e mediante i pesi, che portano l'indice a posizionarsi in modo oggettivo, anche se le considerazioni per l'attribuzione dei pesi e la valutazione delle U.O. sono affette da soggettività; ciò spesso porta all'impossibilità di individuare potenzialità di sviluppo delle singole U.O. limitate magari dalla soggettività dei pesi dati in funzione delle scelte aziendali.

(es. 5 professionalità 3 mercato pesi (0.20) e (0.50) rispettivamente totale=2.5
 3 professionalità 5 mercato pesi (0.20) e (0.50) rispettivamente totale=3.1)

Infine è possibile utilizzare il modello a tre dimensioni, che è in grado di separare la valutazione della competitività in termini **quantitativi, qualitativi ed economici**, consentendo al management aziendale una valutazione comparativa, tra le diverse U.O. rispetto alle tre dimensioni.

E' così meglio favorito, attraverso il benchmarking, lo sviluppo di azioni migliorative e la possibilità di "oggettivare" l'impegno richiesto alle singole U.O. in sede di programmazione annuale (budget). In tal modo, data la trasparenza del processo, si favorisce l'acquisizione di un consenso interno ed esterno, indispensabile per portare avanti le scelte strategiche, e di collegare le responsabilità organizzative in termini di impegno richiesto per raggiungere gli obiettivi posti dallo sviluppo strategico e dalla sua traduzione in programmazione aziendale di budget.

Le valutazioni possono essere fatte per aree di attività oltre che per U.O. e centri di responsabilità, coinvolgendo le diverse Unità secondo una logica Dipartimentale. (area della chirurgia specialistica, dell'oncologia, materno infantile, ecc.)

Le matrici analitiche per la valutazione delle U.O. con riferimento ai CdR di prestazioni finali sono, come su detto, tre e coprono le aree di valutazione:

QUANTITATIVA QUALITATIVA ECONOMICA

La terminologia utilizzata è simile a quella usata nelle BCG e nella Matrice di McKinsey, con l'aggiunta del termine AVERAGE che rappresenta il cuore dell'offerta dell'ospedale; sono così definite le Unità che operano secondo criteri di buon funzionamento, ma senza eccellere particolarmente.

- STAR** = **Punto di forza assoluto**
(centro di offerta di eccellenza)
- AVERAGE** = **Punto di forza relativo**
(centro di offerta nella media)
- DOG** = **Punto di debolezza**
- CASH COW** = **Polmone finanziario**
- CASH Target** = **Area prioritaria di investimenti**

Per la Valutazione Competitiva si considerano:

Tasso di Occupazione o alternativamente di operatività (chirurgie)

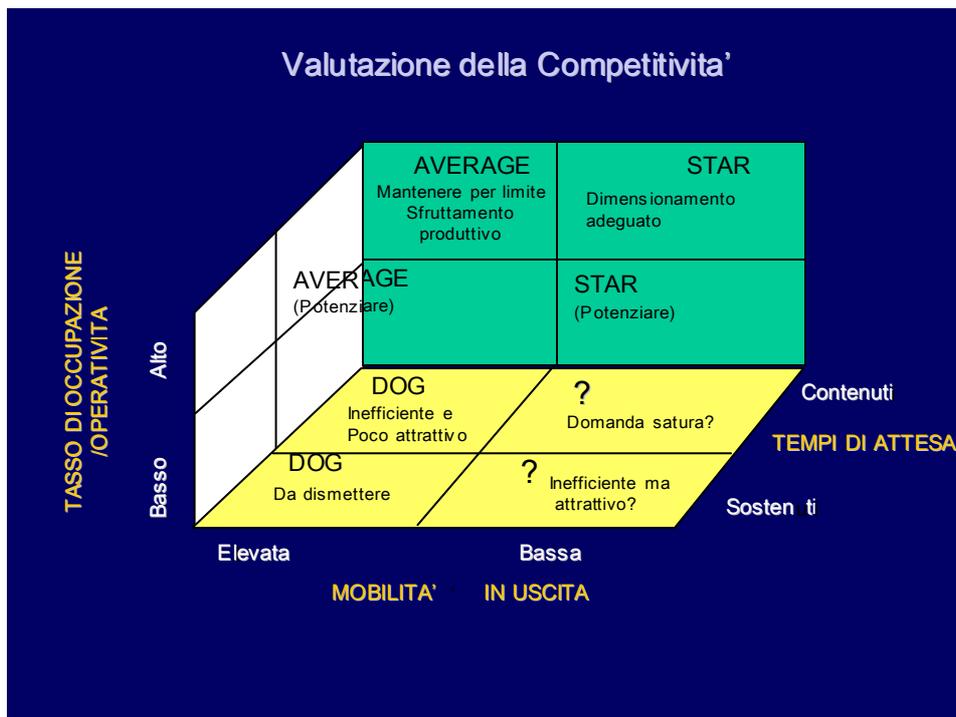
T.O. tra il 70-80% in reparti con ricoveri prevalentemente urgenti; T.O.

=85% con ricoveri di tipo misto-urgente;

T.O. > 90% con ricoveri di tipo programmabile.

Mobilità in uscita (alta, con fuga per un valore > 20% della valorizzazione dei DRG prodotti dall'U.O. o equivalentemente nelle Aziende Ospedaliere con un saldo netto tra pazienti provenienti dal bacino di utenza preferenziale e totale consumi del bacino inferiore all'80%)

Tempi di attesa

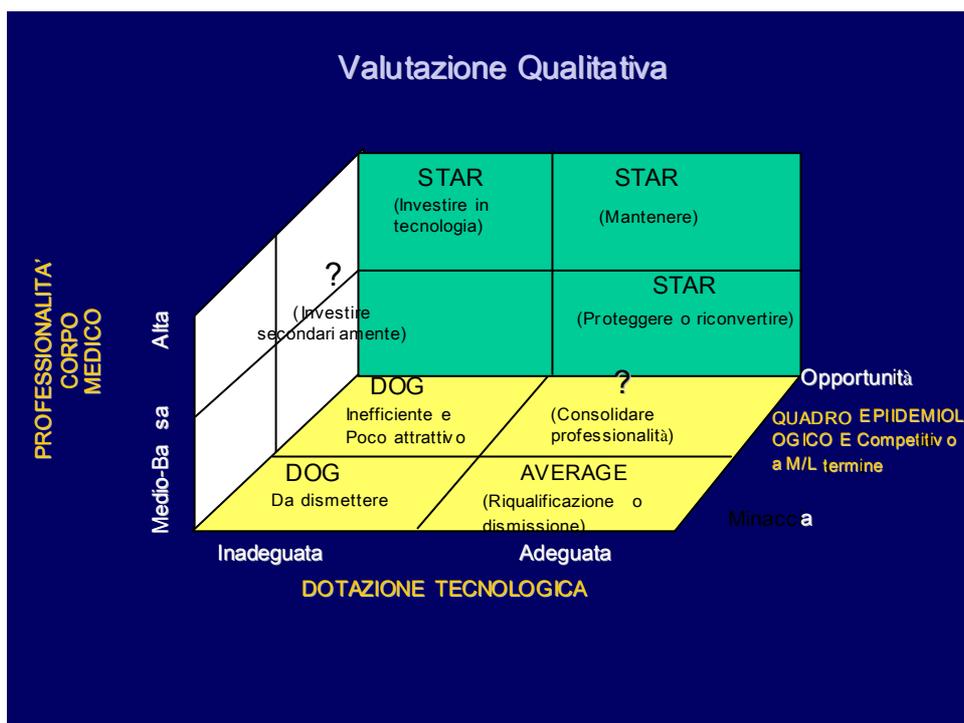


Per la Valutazione Qualitativa si considerano:

Professionalità espressa in modo soggettivo da un nucleo di valutazione o definita mediante un indicatore, dato dal peso medio dei ricoveri del reparto, che può essere considerato come un indicatore della complessità della casistica, possibilmente confrontato con uno standard.

Dotazione Tecnologica se adeguata, efficiente, aggiornata

Quadro epidemiologico tale da sfruttare le opportunità o le minacce ambientali e coerente con l'evoluzione dei bisogni di salute, nonché con probabile crescita nel futuro.



Infine nella Valutazione Economico Finanziaria

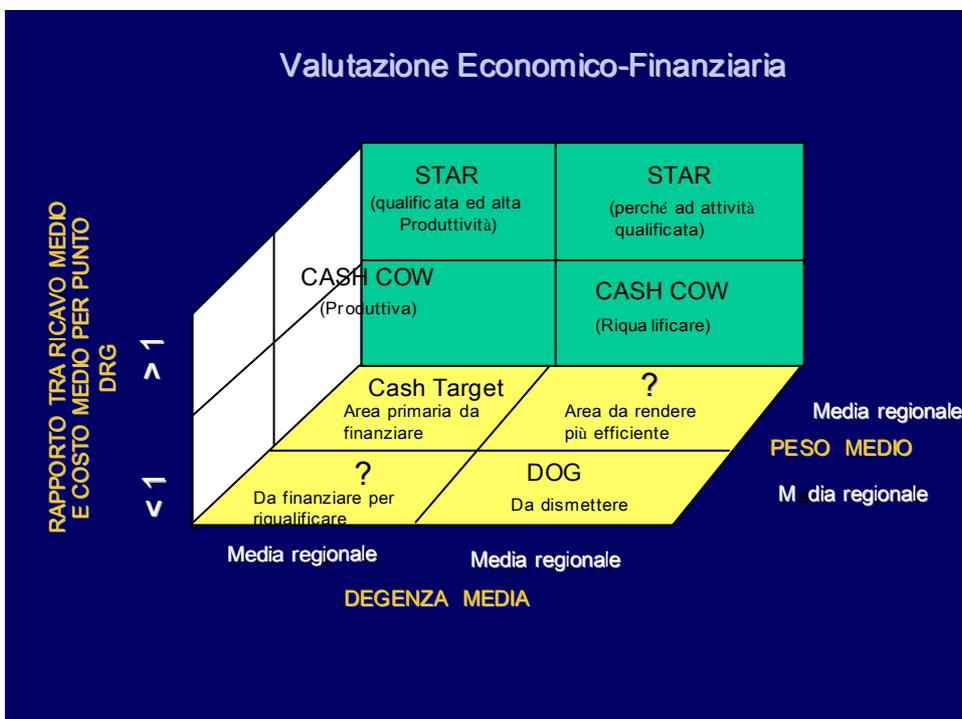
(può non essere necessaria per i presidi di ASL in quanto finanziati nel quadro della quota capitaria) si considerano:

Il **rapporto tra ricavo medio e costo medio per punto DRG** se tale rapporto è >1 mette in luce la capacità della U.O. di produrre in economicità generando un surplus di ricavi rispetto ai costi; surplus utilizzabile per coprire i costi di U.O. non egualmente economiche;

il **Peso medio** se alto \rightarrow maggiore complessità \rightarrow maggiore fatturato.

Le U.O. ben posizionate cash cow e star hanno solitamente un peso medio alto \rightarrow U.O. più qualificate \rightarrow capaci di produrre in economia.

La **Degenza media** che è una stima, seppur grossolana, di una maggiore o minore propensione al consumo di risorse, anche se la maggior parte dei costi si concentrano nella fase iniziale della degenza che riguarda la fase diagnostica e di intervento, mentre successivamente ci sono prevalentemente spese alberghiere e farmaceutiche. Comunque solitamente una degenza media più alta \rightarrow minore volume di produzione.



Si osservi comunque che i ricavi devono comunque coprire i costi fissi che oscillano tra il 60%-80% al fine di raggiungere il pareggio di bilancio.

Le matrici portafoglio non sono comunque strumenti di decisione, ma strumenti di supporto delle decisioni.

Hanno il vantaggio della sinteticità, dell'impatto visivo e della oggettività, ma il limite della parzialità nell'uso disgiunto delle stesse.

Pertanto, prima di operare una qualunque scelta strategica è necessario integrare ciò che viene fornito come supporto informativo dalle matrici, con più estese analisi di contesto ed organizzative ad hoc.

Infine gli indicatori di **processo** valutano la qualità tecnico scientifica dell'assistenza, quelli di **esito** i risultati intesi come impatto (soddisfazione dell'utente) ed effetto (benessere) degli interventi sanitari, vale a dire la loro efficacia teorica (capacità di raggiungere l'obiettivo in condizioni ideali

di assistenza) e pratica (capacità di raggiungere l'obiettivo in condizioni di normale assistenza). Una metodologia dinamica, idonea per effettuare tali accertamenti e migliorare i risultati è la Verifica e Revisione della Qualità (VRQ): che misura la situazione, la confronta con valori standard, propone modifiche e ne verifica la validità.

Considerazioni conclusive

Per concludere osserviamo che lo strumento informativo è fondamentale per fornire strumenti di gestione per il governo superiore (Regioni, Nazione) nonché per il management interno delle aziende sanitarie e ospedaliere. Lo strumento informativo ben calibrato e strutturato è destinato a suscitare stimoli a cambiamenti migliorativi, introducendo forme di giudizio comparativo tra le unità produttive, con la esplicita finalità di avviare processi ad hoc per identificare i cambiamenti promettenti ed allontanare quelli inutili al miglioramento. Spingendo così chi opera nel SSN ad evitare scelte incoerenti, instabili nella gestione, confuse nei fini.

Note Bibliografiche

D.M. 24 luglio 1995 “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale” G.U. 10.11.1995 Serie Generale n. 263

D.M. 15 ottobre 1996 “Indici di qualità dell’Assistenza” G.U. 18-1-1997 n. 14

D.M. 23 dicembre 1996 “Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” Suppl. Ord. G.U. 28 .1.1997 n.17.

D.M. 12 dicembre 2001 “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’Assistenza Sanitaria” Suppl. n. 27 della G.U. n.34 del 9.2.2002 Serie Generale

M.Zanetti et al.: “Il medico e il management” Ed. Accademia Nazionale di Medicina 1996

F. Taroni: “DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali”. Il Pensiero Scientifico editore 1996

L.Buccoliero, C.Caccia, G.Nasi: “Il sistema informativo automatizzato nelle Aziende Sanitarie” Mc Graw-Hill 2002

C.Semple Piggot: “Programmazione strategica in sanità” Mc Graw-Hill 2002

A.Franci, G.Bruscaglia: “ La statistica e la gestione dei servizi socio-sanitari” Maggioli Editore 1987

F. Lega: L’applicazione delle matrici portafoglio nella pianificazione strategica delle strutture ospedaliere MECOSAN Anno IX n. 34 pp.41, 2000

P.Trerotoli, G.Serio: Valutazione dell’efficienza dell’attività ospedaliera: due metodi a confronto, Sistema Salute, n.1 anno II, 1998, pp31-34

P.Trerotoli, V.Lepore, G.Serio: La valutazione dell’attività ospedaliera e il ruolo della definizione degli standard di riferimento. Bollettino OER-Puglia, n.1 Anno I, 1998 , pp29-34