

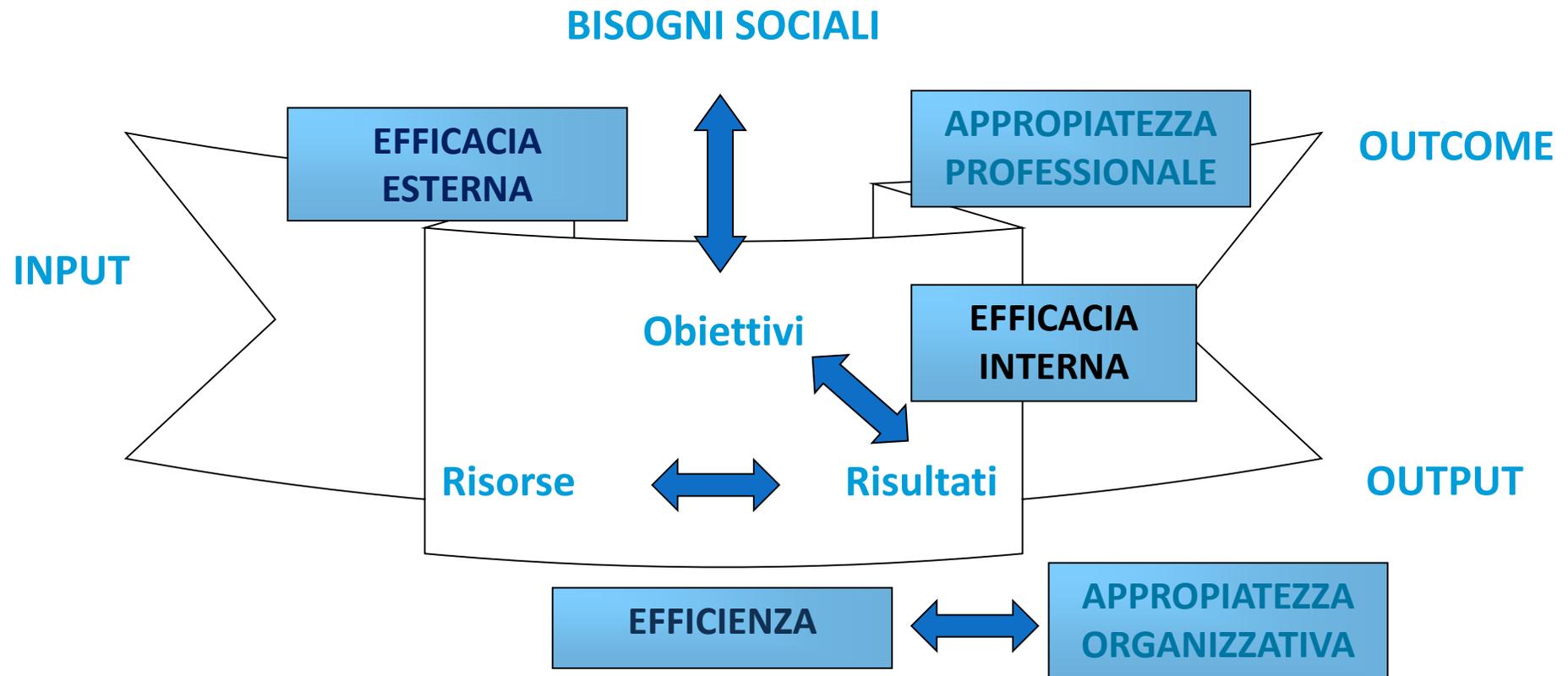
Qualità e management nelle organizzazioni sanitarie

Sistemi di misurazione aziendali e sistemi di controllo direzionale



Sistemi direzionali

Relazioni input e output

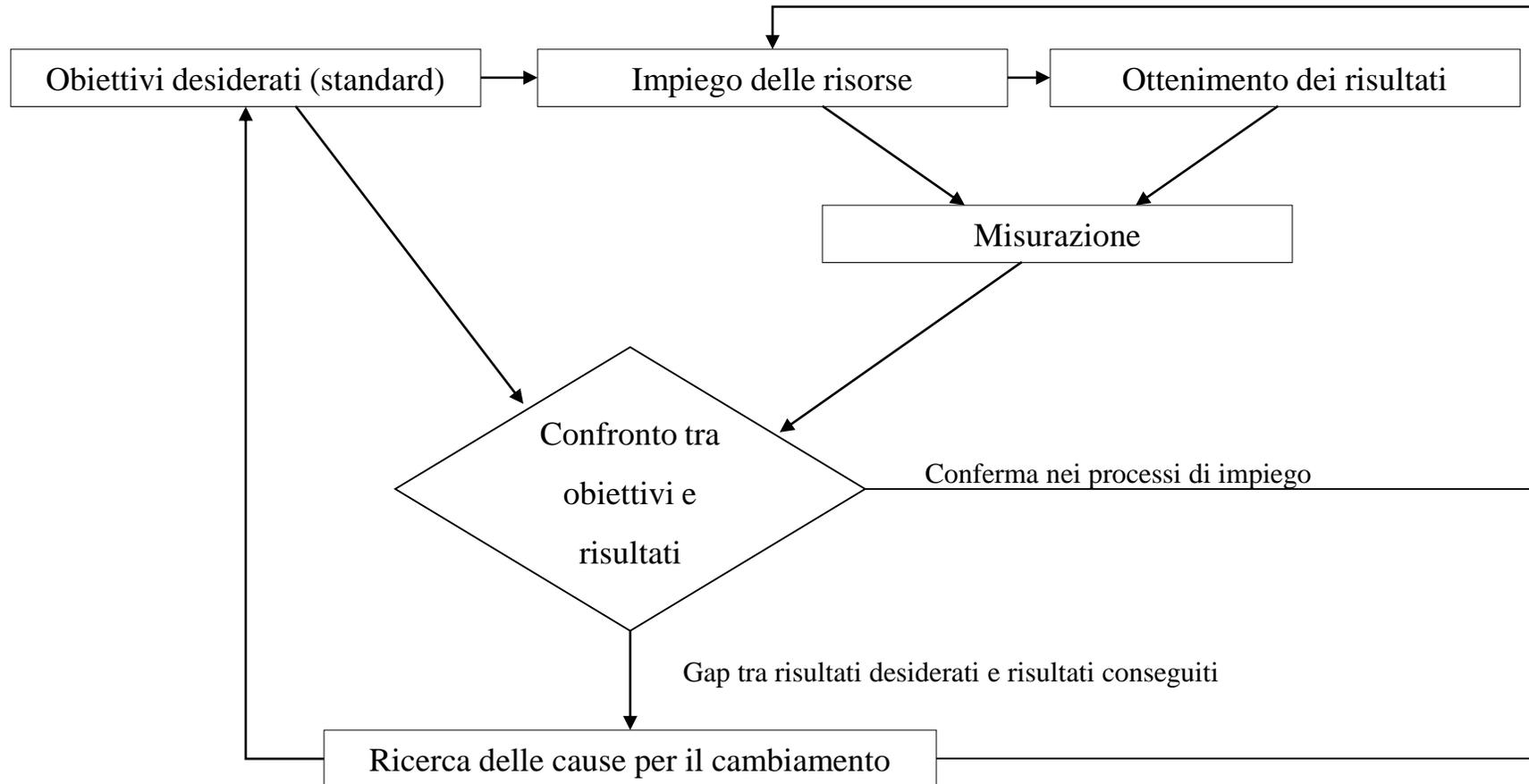




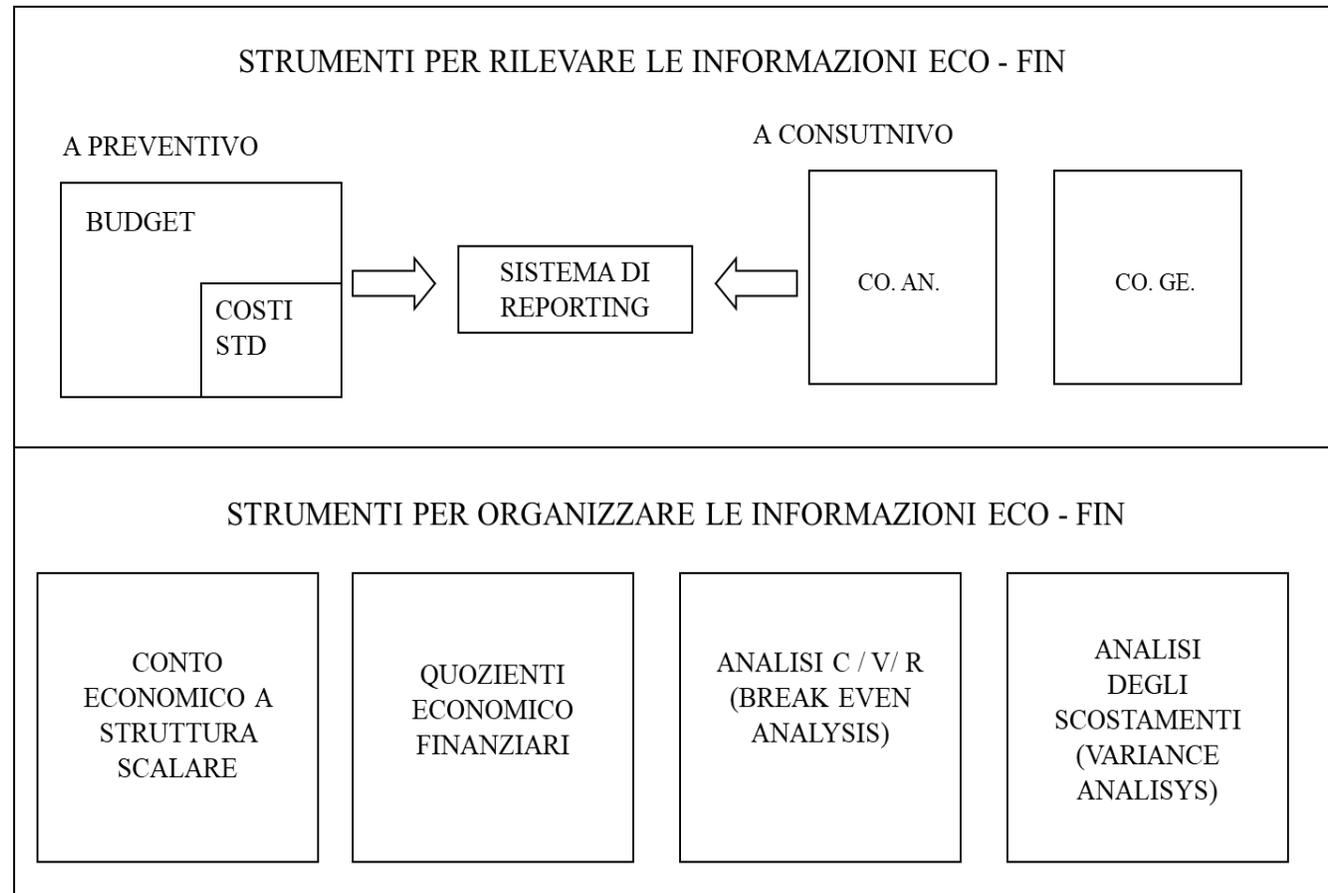
Efficienza, efficacia, appropriatezza in sanità

- **Efficienza:** un sistema sanitario efficiente deve ottenere dalle risorse investite il massimo beneficio in termini di salute della popolazione
- **Efficacia:** è la capacità di un intervento sanitario di ottenere gli esiti desiderati → riduzione della mortalità e della morbidità, miglioramento della qualità di vita dei pazienti
- **Appropriatezza organizzativa:** un intervento sanitario è appropriato se viene erogato «consumando» un'adeguata quantità di risorse, con particolare riferimento ai setting assistenziali e ai professionisti coinvolti
- **Appropriatezza professionale:** un intervento sanitario è appropriato quando è di efficacia provata da evidenza; viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata; gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici

Controllo di gestione



Come rilevare le informazioni



Le particolarità dei sistemi sanitari

Nei paesi avanzati il pagamento delle prestazioni out-of-pocket esiste ma è limitato a poche prestazioni (solitamente non essenziali)

*Non esiste un vero e proprio libero mercato di tipo commerciale.
In alcuni paesi esiste un SSN (sistemi Beveridge) in altri paesi esiste un sistema assicurativo (pubblico/privato/misto) (sistemi Bismark).*

Nei primi prevalgono meccanismi di riconoscimento del valore di tipo finanziario (con poca rilevanza dei sistemi tariffari).

Nei secondi prevalgono meccanismi di riconoscimento del valore a tariffa (ma con ampi meccanismi di paracadute finanziario).

Le particolarità dei sistemi sanitari

Il soggetto «assicuratore» è il soggetto «erogatore»

Il contenimento dei costi è il principale obiettivo

Il dirigente sanitario ha un contratto di diritto pubblico

Rallenta e complica la selezione

Complica l'attribuzione e l'assegnazione degli obiettivi

Limita le possibilità di incentivazione per meriti o risultati

Problema sistemi tariffari

Margini confrontabili solo in aree omogenee e quindi spesso non a livello

aziendale ma necessario benchmark sistema

Poco aggiornamento rispetto assorbimento reale di risorse

(nuove tecnologie, variazione costo fattori produttivi)

Le particolarità dei sistemi sanitari

Rapporto domanda offerta

Nel mercato pubblico le risorse sono in contenimento

Mentre la domanda è in espansione:

- 1) Crescita della consapevolezza sulla disponibilità di servizi
- 2) Cronicità e invecchiamento della popolazione

Responsabilizzazione economica

Il sistema non garantisce una corretta responsabilizzazione del management sui risultati economici

- 1) Sistemi acquisto ed arruolamento personale
- 2) Obiettivi slegati da criteri di efficacia ed efficienza gestionale
- 3) Ingerenze esterne

Il modello lombardo

Sistema nel quale esiste
una forte separazione tra
soggetto erogatore e
soggetto programmatore



Sistema che dovrebbe
ricomporre le due
determinanti

Si accresce la complessità dei sistemi di controllo
direzionale modificandosi l'oggetto di valutazione

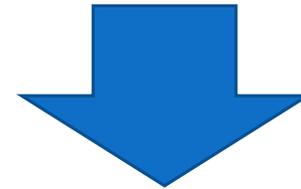
Prima della riforma

Modello Ospedale



Costo per CdC/CdR
(ospedaliero)

Modello ASL



Spesa per abitante

Dopo la riforma

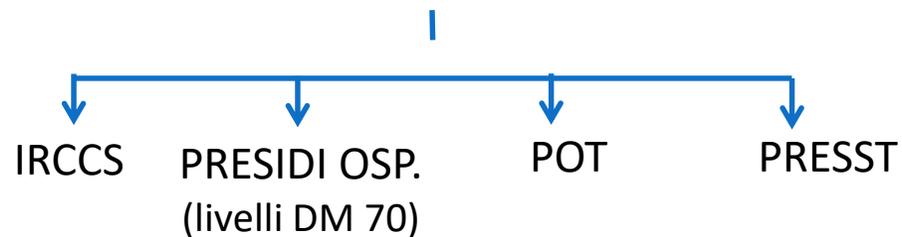
Modello ASST



Spesa
ospedaliera

Spesa
territoriale

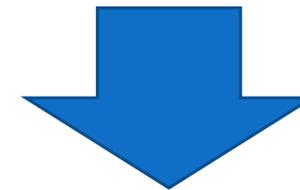
EQUILIBRIO ATTRAVERSO
LIVELLI DI OFFERTA
DIFFERENZIATI



Modello ATS



Spesa per abitante



Chronic Care Model

Spesa per patologia

Gli Strumenti

1. **La contabilità analitica**
2. Il processo di budget
3. I report di monitoraggio
4. Gli strumenti premianti
5. Gli Standard di riferimento

La Contabilità Analitica

La contabilità analitica è uno **strumento di controllo** che a consuntivo rileva, **organizza** e aiuta ad analizzare i dati elementari di costo e di ricavo, in relazione a prescelti oggetti di calcolo

E' uno strumento utile per:

- prendere decisioni
- stimolare azioni coerenti con le decisioni prese
- verificare che le azioni svolte abbiano consentito di conseguire i risultati desiderati

La costruzione del sistema di Contabilità Analitica Aziendale

Per introduzione della CoAn è necessario affrontare e risolvere **3 problemi**

1) individuare degli **scopi** A cosa serve?

Perché si vuole introdurre

2) effettuare delle scelte attinenti a:

oggetto di calcolo

metodologia di calcolo

modalità di svolgimento della CoAn

3) Definire tempi e fasi del processo di introduzione

{ Partita doppia
Tabellare statistica

Possibili oggetti di calcolo

- prodotti
- fasi del processo produttivo
- Aree gestionali critiche
- Centri di responsabilità
- Aree strategiche di affari
- Clienti
- Programma sanitario (ad esempio prevenzione del..)
- Percorso diagnostico o terapeutico (ictus, diabete etc...)
- Attività (degenza, ambulatorio, etc...)
- Funzione
- Unità organizzativa
- DRG (eventi di ricovero specifici)
- Progetto
- Paziente

Contabilità dei costi e dei ricavi

CONTABILITÀ DEI COSTI

Beni → Magazzino

Servizi → Ordini

Personale → cedolini

Prestazioni intermedie

Attrezzature → inventario/ammti

Gestione non caratteristica →
COGE

CONTABILITÀ DEI RICAVI

Sdo

Specialistica ambulatoriale

Psiche

File F

Vaccinazioni

Libera professione

Prestazioni per interni

Altre entrate da produzione

Contabilità dei costi e dei ricavi

PERCHE'	QUANDO	PER CHI
DECIDERE CONTROLLARE DEFINIRE GLI OBIETTIVI VALUTARE LA SOSTENIBILITA' DEI PROGETTI	Ex ante (costi/ricavi futuri) Ex post (costi/ricavi passati) I costi/ricavi sono raccolti molto spesso come base di valutazione dei costi futuri o dei costi standard Raramente hanno un significato di natura unicamente legata al passato	A che livello L'UNITA' OPERATIVA L'AZIENDA LA REGIONE

Configurazione di costi/ricavi

Oggetto di calcolo	Diretti Indiretti
Volume di attività	Fissi Variabili
Tempo	Passati Futuri (standard)
Controllabilità (di chi?)	Controllabili Non controllabili
Rispetto ai progetti	Sorgenti Cessanti

Comportamento dei costi

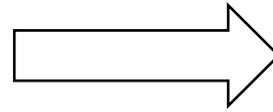
Comportamento dei costi	diretti	indiretti
variabili	<p>Costi relativi al consumo dell'energia elettrica utilizzata per la produzione del reparto A. Presenza di un contatore per il reparto A.</p> <p>Oggetto di costo: costi del reparto A</p>	<p>Costi relativi al consumo dell'energia elettrica utilizzata per la produzione del reparto A. Assenza di un contatore per il reparto A</p> <p>Oggetto di costo: costi del reparto A</p>
fissi	<p>Costi relativi all'ammortamento dell'impianto utilizzato nel reparto A</p> <p>Oggetto di costo: costi del reparto A</p>	<p>Costi relativi all'ammortamento dell'impianto utilizzato nel reparto A e B</p> <p>Oggetto di costo: costi del reparto A</p>

Comportamento dei costi

Comportamento dei costi	controllabili	Non controllabili
Costo unitario	Costo servizio alberghiero ristorazione: Controllabile da acquirente (economato)	Costo servizio alberghiero mensa: Non controllabile da utilizzatore (reparto)
Costo totale	Costo servizio ristorazione: Non controllabile da acquirente in quanto funzione dei volumi consumati	Costo servizio ristorazione: Controllabile da utilizzatore che governa le gg deg attraverso il processo di dimissione

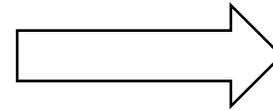
I ricavi come determinati degli oggetti di analisi

**Finanziamento a
funzione**



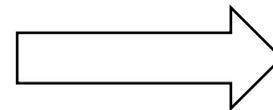
Divisioni

**Finanziamento a
prestazione**



Reparti, Servizi, Unità produttive, Linee produttive

**Finanziamento per
patologia**



Team, percorsi

Perché si attivano i sistemi di tariffazione in sanità?

Disanima dei vari modelli di sistema sanitario e analisi dei correlati sistemi di finanziamento con modifica nel tempo

La natura dei modelli assicurativi sanitari

	Socialisti	Beveridge	Bismark	Assicurazione Volontaria
Origine	Fondi statali	Fondati sulla tassazione	Contributi	Assicurazioni individuali
Criterio aventi diritto	Cittadinanza		Status di assicurato	
Differenziazione	Schema unico		Schema differenziati	
Provider	Pubblici		Privati	
Controllo sulla domanda	Basso	Alto	Medio	Alto
Focus on	Assistenza	Prevenzione	Assistenza	Assistenza

I modelli sanitari

- **Bismark (mutualistico)**. Il bene salute, garantito dallo Stato, è un diritto dei cittadini nei limiti della copertura assicurativa sociale (compartecipazione dei lavoratori e dei datori di lavoro)
- **Beveridge (universalistico)**. Il bene salute, garantito dallo stato, mediante accesso universalistico gratuito attraverso la fiscalità generale
- **Libero mercato** (USA). Il bene salute = bene di consumo

I modelli sanitari

Beveridge

- il bene salute è considerato un diritto
- Lo stato è responsabile della politica sanitaria
- Lo stato raccoglie i fondi attraverso la fiscalità
- Lo stato alloca le risorse in base alla programmazione sanitaria
- Lo stato possiede la maggior parte delle strutture

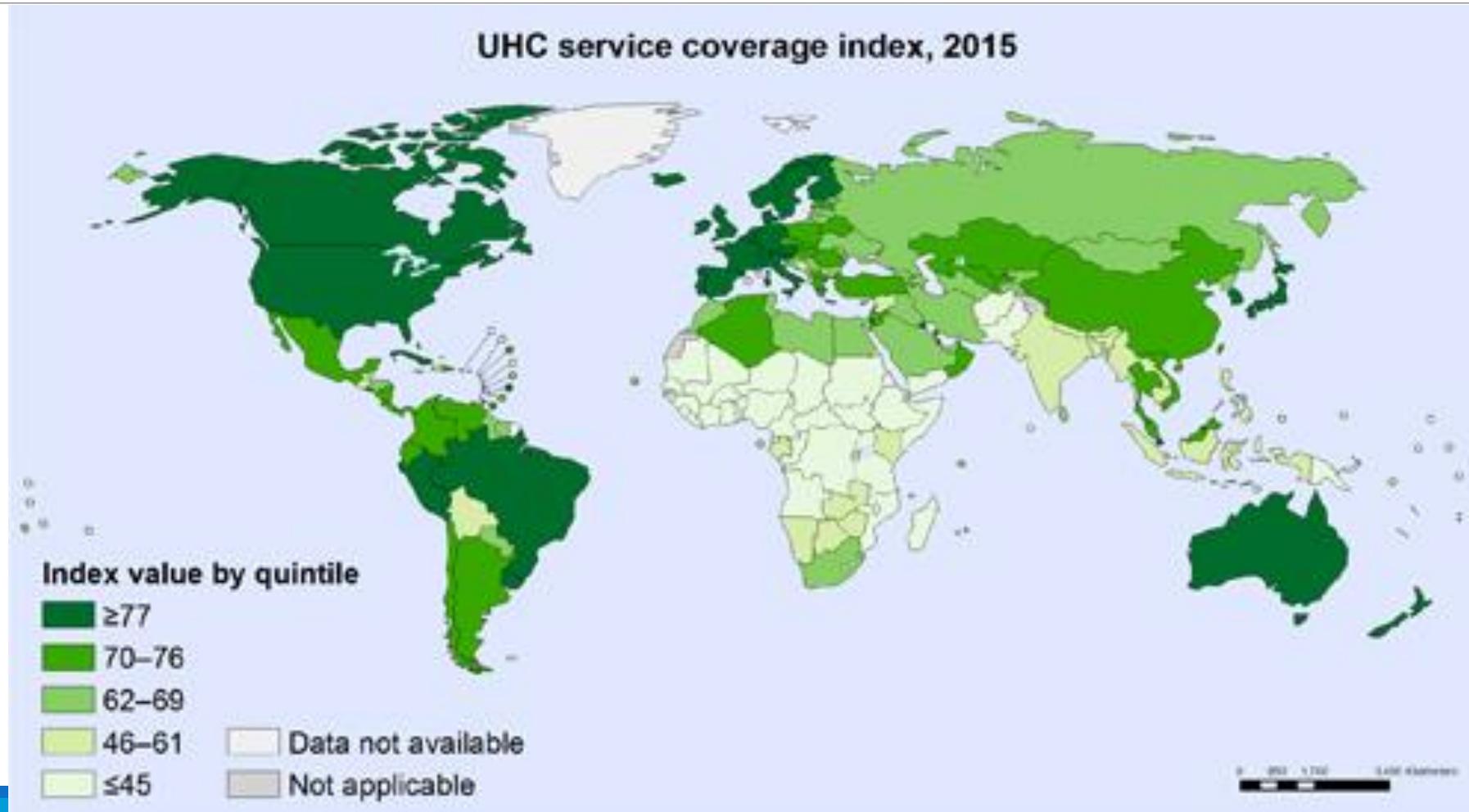
Libero mercato

- il bene salute è bene di consumo
- Lo stato non interviene nel finanziamento dell'assistenza alla quale provvedono i cittadini attraverso assicurazione
- Lo stato regola il mercato con organi di indirizzo
- Lo stato non è responsabile della produzione e non possiede ospedali

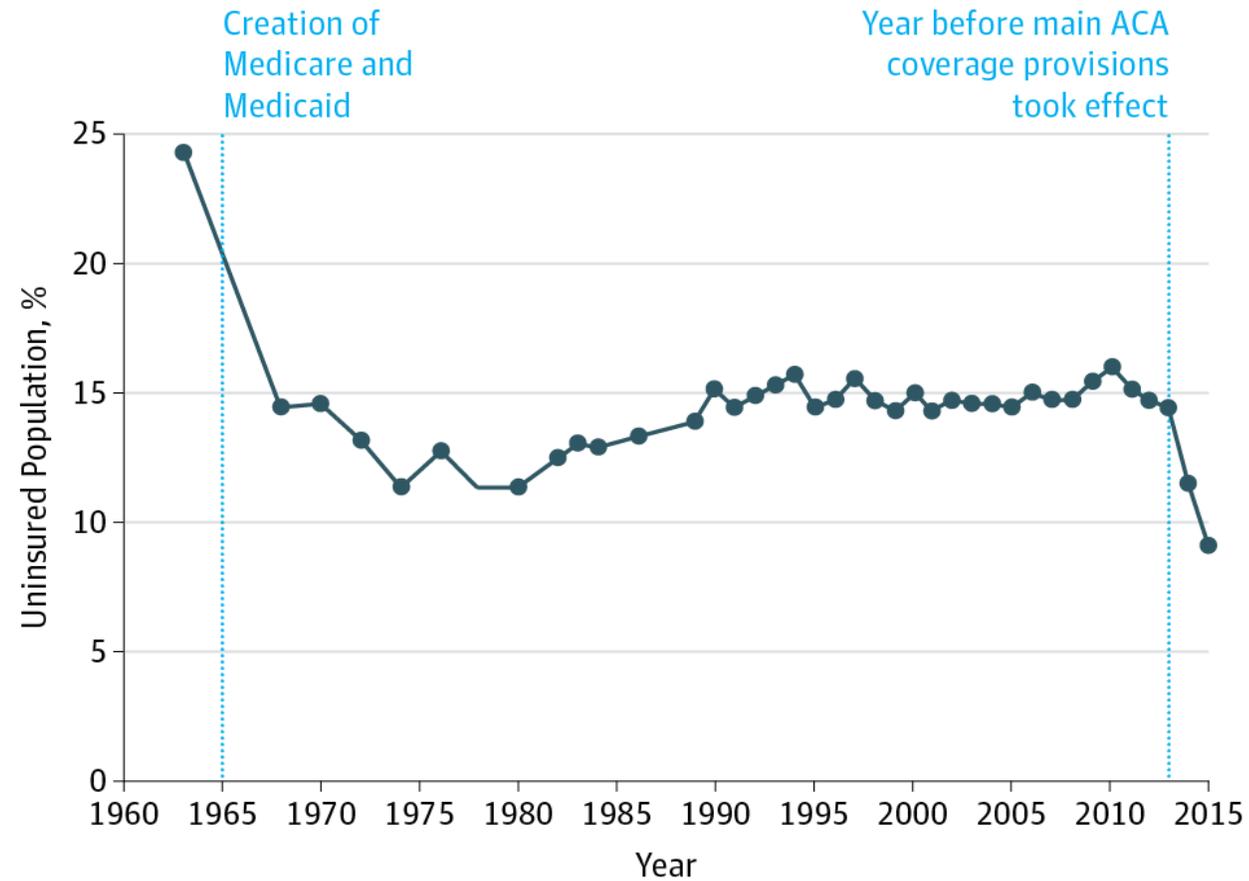
Bismark

- Il bene salute, garantito dallo stato, è un diritto nel limite della copertura assicurativa
- Lo stato definisce la cornice regolatoria
- Lo stato interviene regolamentando le mutue e rendendo obbligatoria l'iscrizione
- Lo stato può possedere le mutue
- Lo stato in parte possiede le strutture
- Lo stato controlla le strutture

L'OMS fornisce una valutazione sui livelli di copertura dai rischi sanitari assicurata alla popolazione dai sistemi nazionali

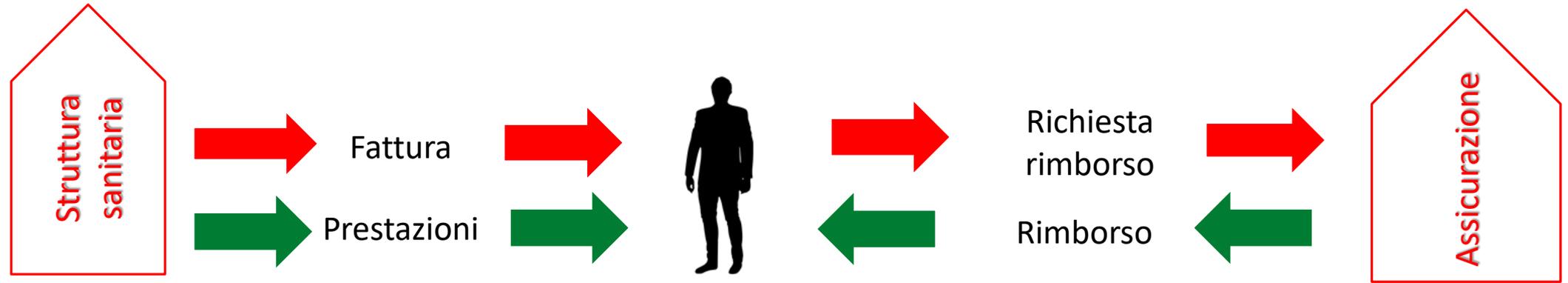


Alla ricerca di una copertura: USA

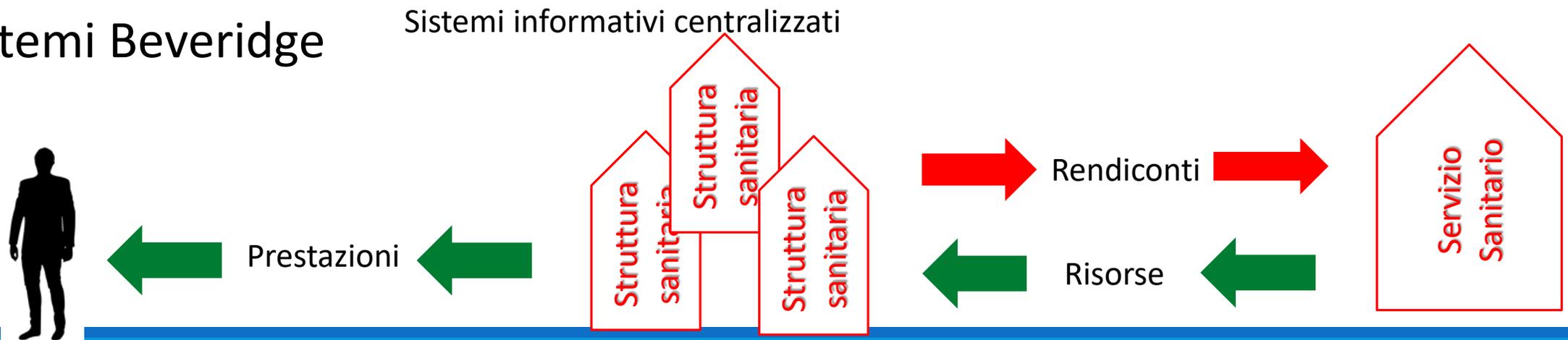


I sistemi informativi in funzione del modello

Sistemi Bismark

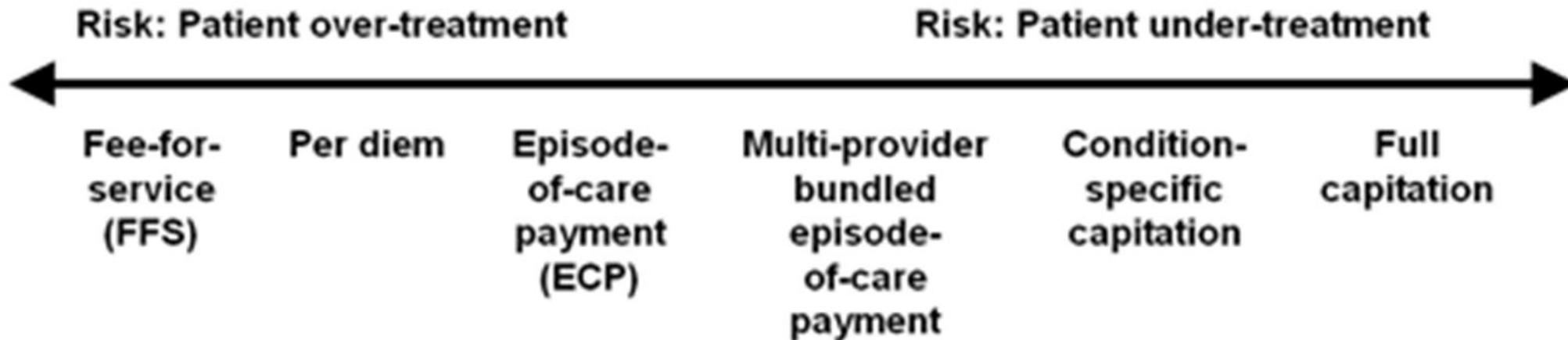


Sistemi Beveridge



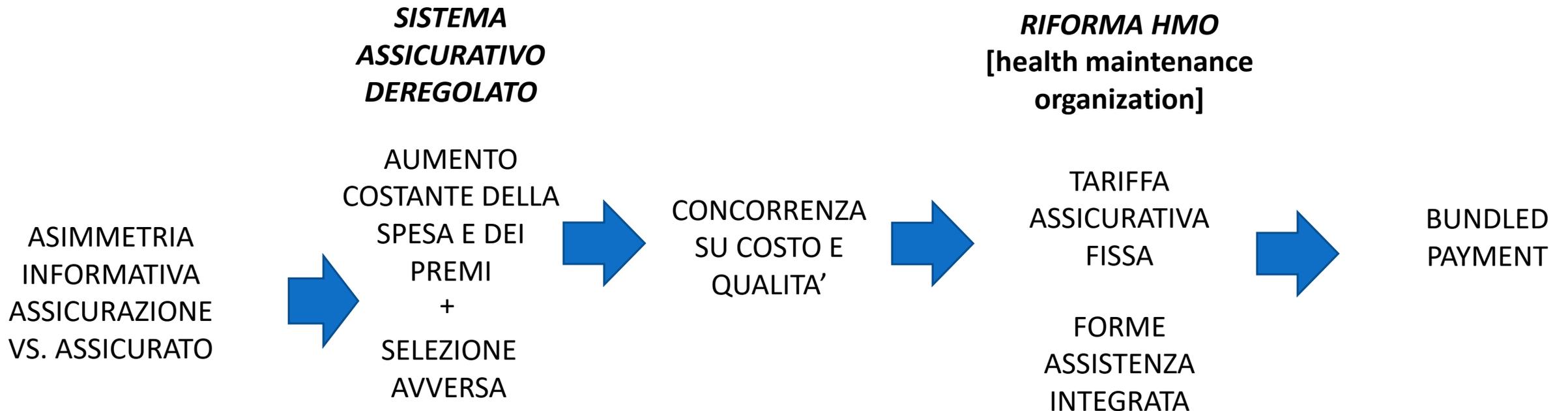
Rischio insito nei meccanismi di pagamento

Figure 1. Continuum of Health Care Payment Methods

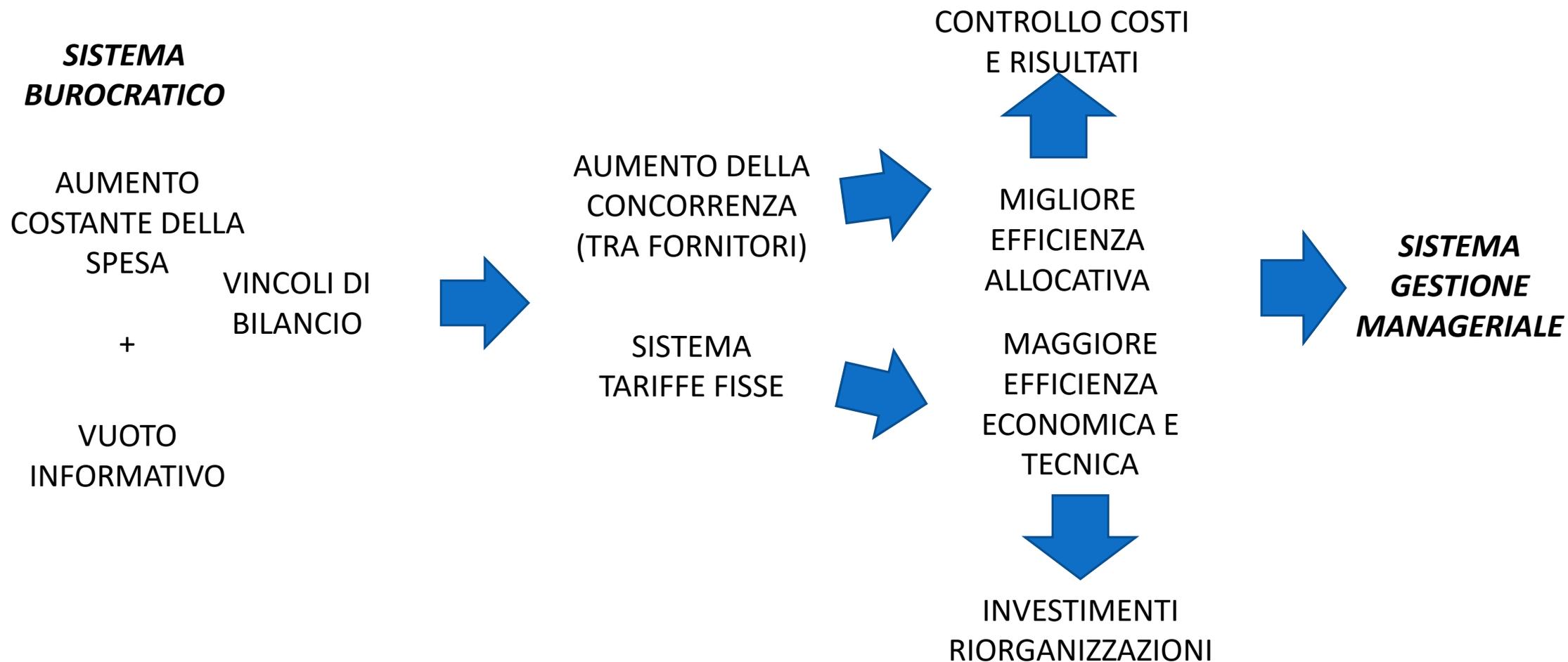


H. D. Miller, *Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform* (New York: The Commonwealth Fund, Sept. 2007).

La riforma dei sistemi Fee For Service



La riforma dei sistemi Universali





I motivi di successo dei sistemi prospettici

SEMPLICI, CONFRONTABILI, POCO COSTOSI

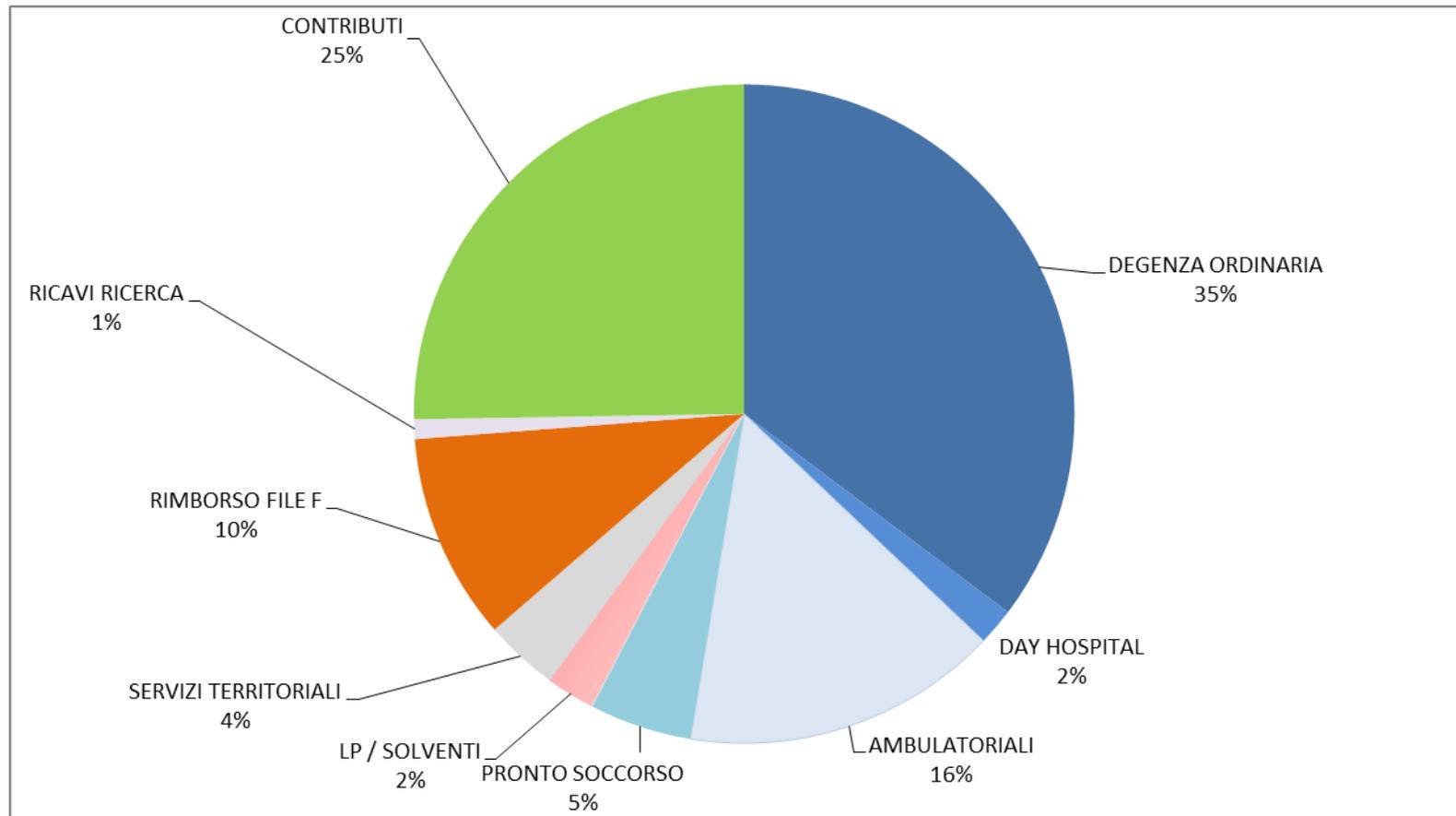


SONO LA RISPOSTA AL PRINCIPALE PROBLEMA DEI SISTEMI DEGLI ANNI '90

AUMENTARE L'EFFICIENZA

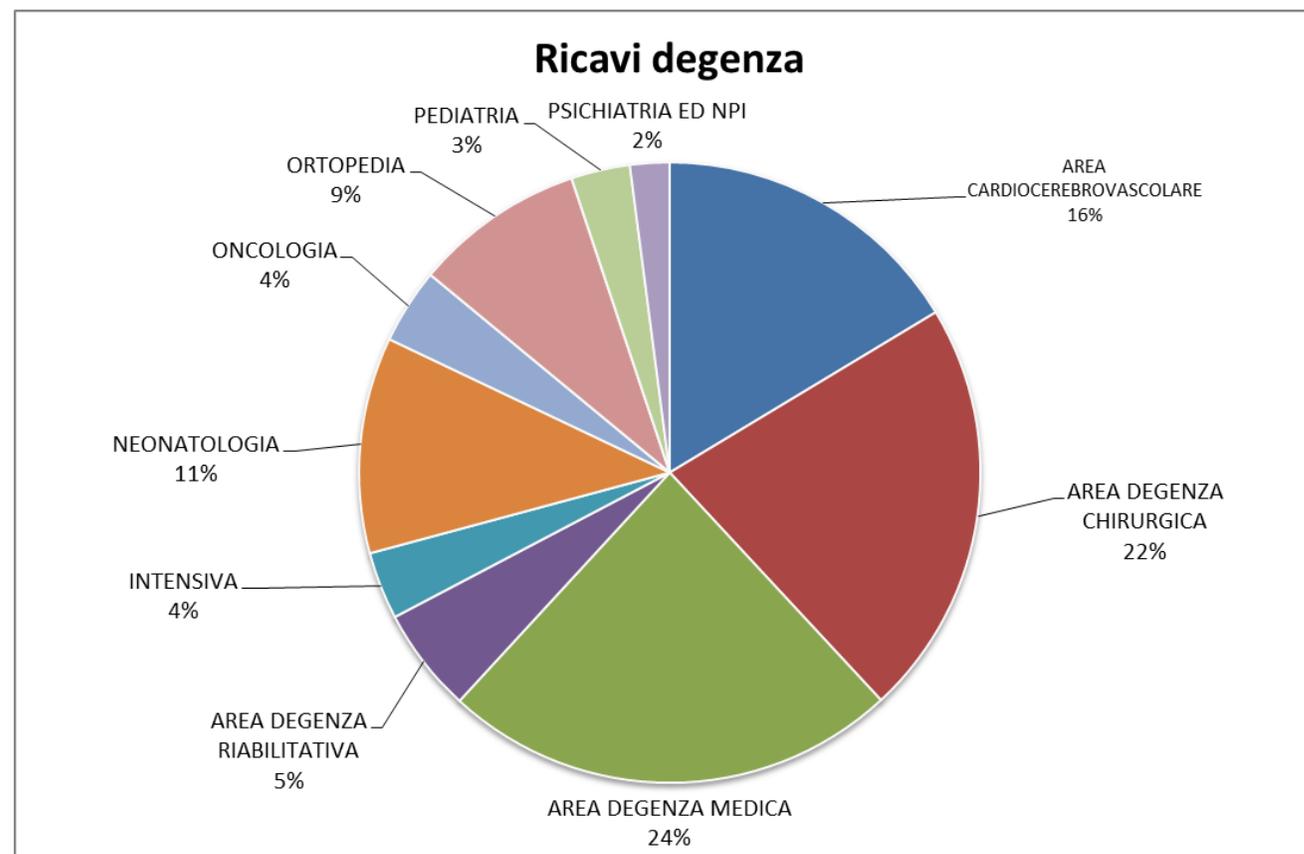
(.....FORNIRE AI MANAGER STRUMENTI DI CONTROLLO)

La composizione dei ricavi in sanità



Ricavi per degenze

AREA CARDIOCEREBROVASCOLARE	540.888.743
AREA DEGENZA CHIRURGICA	720.710.081
AREA DEGENZA MEDICA	784.455.726
AREA DEGENZA RIABILITATIVA	180.635.175
INTENSIVA	116.575.995
NEONATOLOGIA	373.444.186
ONCOLOGIA	130.170.115
ORTOPEDIA	293.654.069
PEDIATRIA	101.219.579
PSICHIATRIA ED NPI	67.921.772



Il Margine di Contribuzione

Differenza, tra il ricavo e il costo complessivo diretto, che deve partecipare alla copertura dei costi fissi e alla formazione dell'utile di periodo

Il margine di contribuzione risulta un elemento fondamentale in ottica di determinazione del **break even aziendale** (ricavo necessario per il raggiungimento del pareggio economico)

Il «bilancio» di unità operativa

Dettaglio sintetico dei ricavi per tipologia
(x es. modalità di erogazione)

associato ai fattori produttivi impegnati

(direttamente sostenuti, attribuiti indirettamente, generali ribaltati)

Conto Economico di reparto	anno 2014	anno 2015	delta	%
Funzioni non tariffabili e contributo regionale	432.788,28	503.266,39	70.478,11	16%
Ricavi da prestazioni	9.078.656,90	9.643.079,85	564.422,95	6%
Ricoveri per degenza ordinaria	8.227.722,32	7.810.942,88	- 416.779,44	-5%
Ricoveri per day hospital	5.128,67	-	- 5.128,67	-100%
Prestazioni ambulatoriali	79.328,90	73.472,55	- 5.856,35	-7%
Rimborso File F	766.477,01	1.758.539,42	992.062,41	129%
Altri ricavi da prestazioni sanitarie	-	125,00	125,00	0%
Totale valore della produzione	9.511.445,18	10.146.346,24	634.901,06	7%
Ricavi delle prestazioni interne	-	-	-	0%
Totale ricavi	9.511.445,18	10.146.346,24	634.901,06	7%
Costo del personale:	2.331.737,12	2.446.848,48	115.111,37	5%
Personale medico	1.082.067,98	1.141.606,72	59.538,74	6%
Personale Infermieristico	892.633,59	927.927,57	35.293,98	4%
Altro personale sanitario	-	-	-	0%
Personale altri ruoli	327.340,09	339.160,18	11.820,10	4%
Consulenze e Collaborazioni	29.695,46	38.154,01	8.458,55	28%
Personale prestato a	-	-	-	0%
Personale prestato da	-	-	-	0%
Consumi di materiale sanitario:	2.654.764,46	3.866.334,39	1.211.569,94	46%
Farmaci	1.246.498,06	1.520.608,13	274.110,07	22%
File F ambulatorio medico	-	869.549,96	869.549,96	0%
Galenici e farmaci senza AIC	818,00	655,00	- 163,00	
Sangue ed emoderivati	94.257,00	32.976,00	- 61.281,00	-65%
Ossigeno e Gas medicali	-	-	-	0%
Dispositivi Medici	663.215,90	833.656,40	170.440,50	26%
Consumi di sala	642.752,49	604.494,90	- 38.257,59	
Prodotti dietetici	2.391,00	1.502,00	- 889,00	-37%
Altri beni sanitari	4.832,00	2.892,00	- 1.940,00	-40%
Consumi di materiale economale e di manutenzione:	5.727,00	7.203,00	1.476,00	26%

Conto Economico di reparto	anno 2014	anno 2015	delta	%
Totale Manutenzioni e altri servizi	49.656,66	50.478,61	821,95	2%
Manutenzioni e riparazioni	39.677,73	41.930,13	2.252,40	6%
Servizi sanitari	8.588,93	8.548,48	- 40,45	0%
Servizi non sanitari	1.390,00	-	- 1.390,00	-100%
Godimento beni di terzi	-	-	-	0%
Totale Servizi diagnostico-terapeutici	2.142.601,50	2.344.792,89	202.191,39	9%
Laboratorio analisi	349.587,05	396.609,05	47.022,00	13%
Anatomia	344.089,68	392.273,79	48.184,11	14%
Trasfusionale	336.358,79	257.758,47	- 78.600,32	-23%
Radiologia	937.865,31	1.070.726,88	132.861,57	14%
Radioterapia	-	1.193,88	1.193,88	0%
Medicina Nucleare	22.395,24	31.562,23	9.166,99	41%
Endoscopia	68.293,38	127.968,97	59.675,59	87%
Altri	84.012,05	66.699,62	- 17.312,43	-21%
Totale servizi alberghieri e utenze	496.337,85	482.511,70	- 13.826,14	-3%
Servizi alberghieri	342.085,11	334.680,38	- 7.404,73	-2%
Utenze	154.252,74	147.831,33	- 6.421,41	-4%
Utilizzo servizi di supporto sanitario	1.998.220,39	2.030.530,20	32.309,82	2%
DH e ambulatorio medico	-	-	-	0%
DS e ambulatorio chirurgico	65.021,47	56.121,28	- 8.900,19	-14%
Pre-ricovero	59.407,06	47.843,29	- 11.563,77	-19%
Accettazione ricoveri	15.716,98	17.310,66	1.593,68	10%
Fisica sanitaria	-	-	-	0%
Rianimazione e terapia intensiva	431.966,58	476.838,86	44.872,27	10%
Sale operatorie	1.389.342,41	1.404.176,05	14.833,64	1%
Sterilizzazione	22.113,60	18.019,15	- 4.094,44	-19%
CUP radiologico	-	-	-	0%
CUP e cassa	10.352,65	9.737,82	- 614,83	-6%
letti di emergenza	4.299,63	483,09	- 3.816,55	-89%
Totale costi diretti della produzione	9.679.044,97	11.228.699,29	1.549.654,32	16%
PRIMO MARGINE OPERATIVO	-167.599,79	-1.082.353,05	- 914.753,26	0%

La qualità dei sistemi di rilevazione

Oggetto di calcolo	sistema di rilevazione	qualità	affidabilità
Azienda	COGE	alta	alta
Cdc	COAN	media	media
Processo/linea attività	COAN	bassa	bassa
Paziente	sistemi extra contabili --> quali?	in funzione dell'utilizzo e delle capacità di verifica	bassa

Quali sistemi di rilevazione extra contabile per la gestione



Relativi all'offerta

Registro SO
Inventario attrezzature
Programma Manutenzione
Turni infermieristici
Apertura ambulatori
Esiti (PNE)
Eventi avversi
Infezioni ospedaliere

Relativi alla domanda

Liste d'attesa
Registro reclami
Programmazione del follow-up
Piani terapeutici
Coperture vaccinali
Piani screening
Registri di patologia

Relativi alla concorrenza

Degenze medie
Quote di mercato
Mix attività
Tempi medi SO
Costo acq. DM

Gli Strumenti

1. La contabilità analitica
2. **Il processo di budget**
3. I report di monitoraggio
4. Gli strumenti premianti
5. Gli Standard di riferimento



Il budget

Il **budget aziendale** è il documento attraverso il quale vengono esplicitati e sintetizzati gli obiettivi riferiti all'esercizio successivo.

Gli obiettivi devono poter essere misurati è quindi necessario che vengano quantificati in termini di attività e di risorse.

Il budget viene formulato mediante un'attività di programmazione che rende misurabili gli obiettivi

Il ruolo del budget

- Strumento di programmazione
- Strumento di responsabilizzazione e controllo
- Strumento di coordinamento ed integrazione
- Strumento di motivazione
- Strumento di comunicazione e trasparenza
- Strumento di cambiamento organizzativo

Caratteristiche del budget

- Globalità
- Articolazione per centri di responsabilità
- Quantificazione in termini economico-finanziari
- Articolazione in periodo annuale
- Flessibilità

Dimensione del processo di budget

Deve fornire informazioni di diverso tipo:

⇒ *Quanto costa*

CONTABILE

⇒ *Perchè costa*

DECISIONALE

⇒ *Garantire una equa ed appropriata distribuzione delle attività, dei livelli di assistenza, delle risorse*

ORGANIZZATIVO/
PROFESSIONALE

⇒ *Sulle attività'
(Mix quali- quantitativo)*

OPERATIVO

Fasi operative per l'introduzione del budget

- Definizione del piano dei centri di responsabilità → con chi
- Processo decisionale di tipo negoziale → come (org.ne)
- Individuazione di organi del processo di budget → chi
- Modulistica → come (formalizzazione)
- Quantificazione obiettivi → cosa

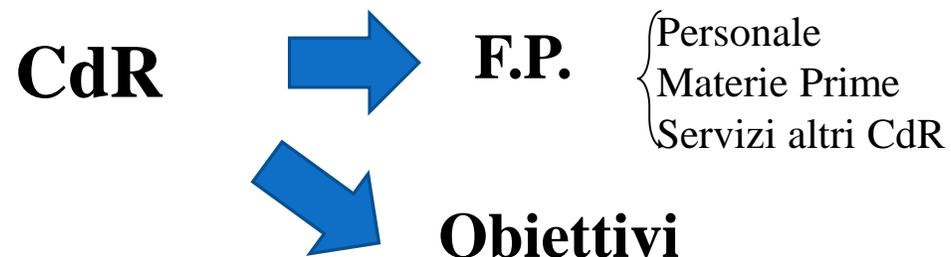
Con chi

Centro di responsabilità:

Un'unità organizzativa per la quale sia identificato chiaramente un responsabile, che disponga di autonomia decisionale e di risorse

Un **cdr** è costituito da un gruppo di persone che opera per seguire un obiettivo dell'azienda ed è guidato da un "dirigente" che si assume la responsabilità delle azioni intraprese.

Nelle aziende di grandi dimensioni tutti i **cdr** sono costituiti da un aggregato di **cdr** di livello inferiore → gerarchia



Con chi → Individuazione dei CdR

- Riferimento alla struttura organizzativa
- Esistenza di un responsabile
- Significatività delle attività
- Interdipendenza delle attività
- Gestione di risorse
- Congruenza con il piano dei centri di costo

Con chi → tipologia Centri di responsabilità

I cdr possono essere classificati come:

CDR



centri di prestazioni finali (Ambulatorio, degenza, servizi diagnostici quando erogano attività agli esterni etc..)



centri di prestazioni intermedie (Servizi amministrativi, servizi diagnostici quando erogano attività per ricoverati, sale operatorie etc..)

Con chi → tipologia Centri di responsabilità

Centri di Ricavo: sono CDR che hanno solo obiettivi di fatturato: ad es. Ufficio vendite/commerciale

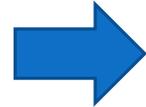
Centri di Costo: sono CDR nei quali vengono misurati i costi sostenuti per la produzione di un certo prodotto: ad esempio sala operatoria

Centri di Reddito: sono i CDR in cui l'attività è valorizzata sia in termini di costi sostenuti che in termini di ricavi realizzati: ad es. Reparto

Centri di investimento: sono i CDR in cui non si misura solo il reddito realizzato, ma anche il capitale impiegato per conseguire il reddito: ad es. Business unit

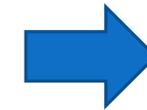
Come → Metodologia di costruzione del budget

Partecipativo o bottom-up



Le proposte di budget vengono formulate dai responsabili di Cdr

Misto



Comprende obiettivi di sistema (del DG) e obiettivi locali (dei Cdr)

Imposto o top-down



Il processo di budget è di tipo gerarchico

Come → processo bottom up

Il processo di budget si articola nelle seguenti fasi:

- Stima della domanda di prestazioni o delle attività da erogare per altri CDR.
- Formulazione delle previsioni di budget.
- Processo di negoziazione.
- Verifica delle compatibilità economiche, organizzative, tecniche ecc.
- Formulazione del budget.
- Formulazione del bilancio preventivo.



Chi → Attori del processo

Direzione aziendale: è il soggetto che decide gli obiettivi da perseguire e le risorse disponibili

Responsabili di cdr: sono i protagonisti del processo. Definiscono le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi di propria competenza e le negoziano con i detentori delle stesse..

CONTROLLER: ad esso competono compiti di gestione del processo e di supporto nei confronti degli attori (predisporre analisi, sintetizzare i contenuti etc..).

Staff e servizi amministrativi: coinvolti in base alle esigenze specifiche (personale, attrezzature, spazi, manutenzione etc...)

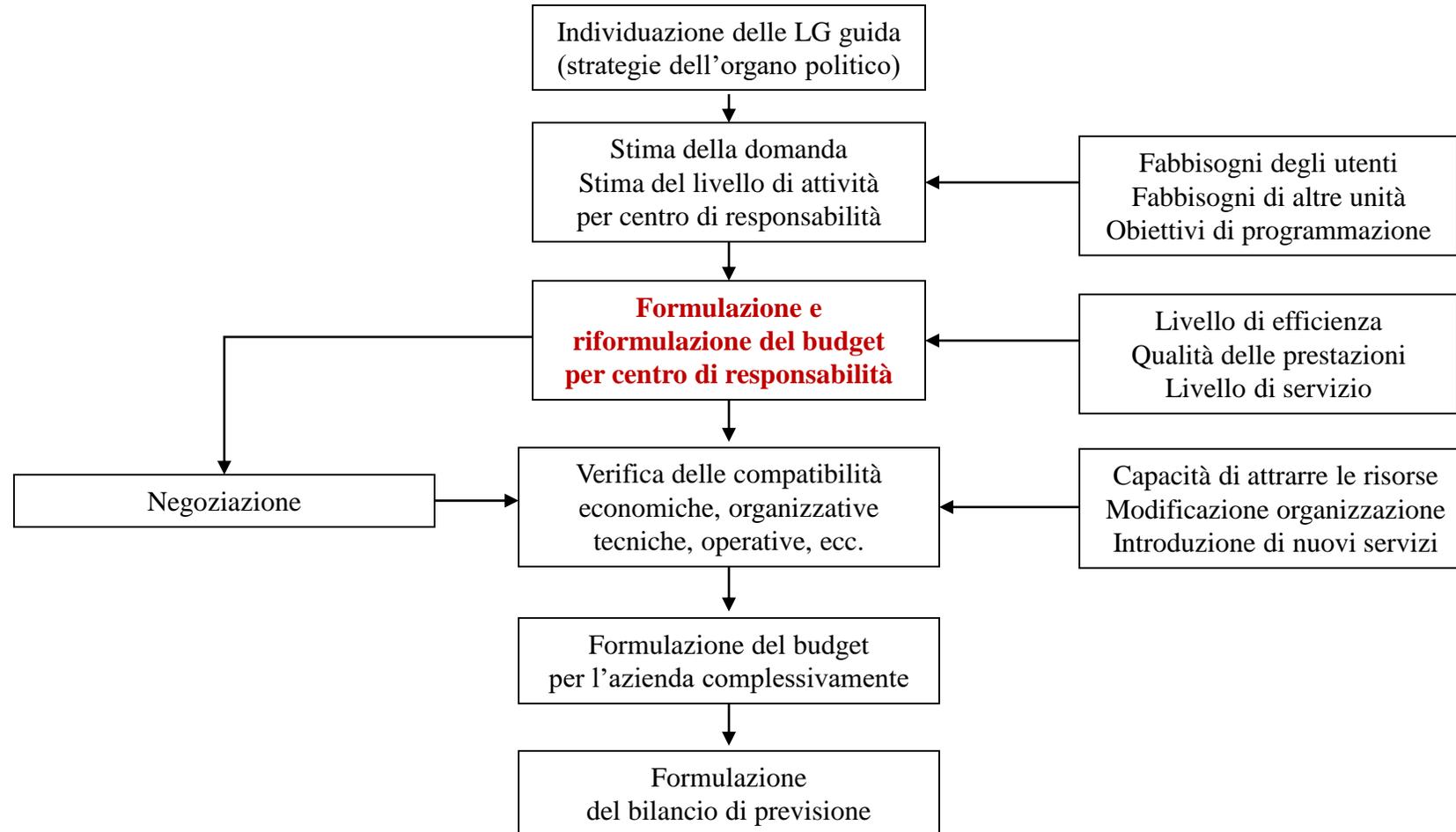
Chi → Attori del processo

Comitato di budget: è l'organo che sovrintende l'intero processo. E' delegato della direzione generale nelle negoziazione delle risorse e degli obiettivi

Al fine di una efficace gestione dello strumento di budget è opportuna l'istituzione di un *comitato di budget che svolga la funzione di raccordo tra la formulazione delle proposte di budget dei CDR e la stesura del documento finale di budget a livello aziendale.*

Si ritiene di particolare efficacia un comitato di budget composto da un membro della direzione strategica, dal controller e dai responsabili maggiormente autorevoli dei CDR (per es., sarebbe importante inserire il coordinatore dei direttori di distretto/dipartimento e il coordinatore del servizio infermieristico).

Il processo di budget



Con Cosa → la scheda di budget

La scheda di budget è uno strumento indispensabile per la formulazione del budget. Oltre a fornire una fotografia del cdr consente di raccogliere informazioni relative a proposte di:

Livelli di attività

Personale

Consumi

Attrezzature

Interventi strutturali

Etc...

Con Cosa → la scheda di budget

La scheda di budget:

- definisce lo schema di riferimento per la formulazione delle proposte da parte dei CDR,
- condiziona le possibilità di consolidamento delle proposte provenienti dai differenti CDR secondo schemi definiti
- favorisce il successivo utilizzo delle proposte approvate ai fini del controllo.

Per essere efficace nel processo di budgeting, una scheda di budget deve raggiungere i seguenti obiettivi:

- responsabilizzare i CDR sugli impegni negoziati;
- diventare uno strumento di confronto e di dibattito

Con Cosa → la scheda di budget

Caratteristiche di una scheda di budget efficace:

- essere facilmente **comprensibile** e di **agile consultazione**;
- contenere **tutte le informazioni** riguardanti il processo di budgeting;
- essere percepita come **equa**;
- avere la **stessa struttura** per tutte le funzioni aziendali.

La natura motivazionale del budget e il collegamento con il sistema premiante

- Il sistema di budget non è solo un sistema di programmazione. Di fondamentale importanza sono la **valutazione dei risultati** e, soprattutto, la **capacità di coinvolgimento di tutta l'azienda e di tutte le sue componenti**.
- Attraverso il budget il management è chiamato a promuovere un reale decentramento della gestione e una forte attenzione ai risultati.
- ***Un corretto sistema di incentivazione può influenzare i comportamenti.***
- Motivare significa coinvolgere, promuovere, creare le condizioni perché si rafforzino l'impegno individuale e il consenso collettivo: *(azione di leadership che implica tanto saper interpretare quanto saper comunicare)*.

Il documento di budget

Al termine del processo negoziale tutte le informazioni contenute nelle schede di budget vengono sintetizzate nel documento di budget aziendale. In particolare tale documento deve sintetizzare le seguenti informazioni:

Livelli di attività

livelli di consumo di risorse (beni servizi etc.)

Piano di assunzione/allocazione del personale

Piano degli investimenti (edilizi ed in tecnologie)

Piano delle manutenzioni

Piano degli acquisti

Gli Strumenti

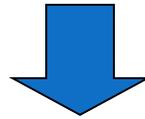
1. La contabilità analitica
2. Il processo di budget
3. **I report di monitoraggio**
4. Gli strumenti premianti
5. Gli Standard di riferimento

I report di monitoraggio

Prodotto finale di una attività di rilevazione in cui i dati vengono esposti in forma strutturata, con lo scopo di promuovere comportamenti tesi al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità

Sistema di reporting

Strumento di comunicazione per



stimolare e migliorare i processi di responsabilizzazione
sviluppare una mentalità nuova
stimolare una maggior collaborazione
indurre l'autocontrollo

I report di monitoraggio



Revisione degli obiettivi
Revisione dei programmi
Revisione delle strategie
Proposta di nuove azioni





Progettazione dei report di monitoraggio

- Individuazione dei destinatari
- Definizione del contenuto
- Definizione della periodicità

Esempi report

Cardiologia Cremona

Anno 2002

Primi 20 DRG > 1 die

	peso	tipo	Inapp	Casi > 1 die	gg casi > 1 die	dm > 1 die	Std regionali		Ricovero breve		Età media	
							dm reg	30o	1 die	dh	Az	Reg
112	Int. su sist. cardiovascolare per via percutanea	1,987	C	248	1.039	4,19	5,10	1,98	18		64,43	60,33
127	Insufficienza cardiaca e shock	1,015	M	247	1.380	5,59	10,34	6,32	26	1	75,88	77,36
139	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca senza CC	0,502	M	204	709	3,48	4,99	2,36	77	33	70,81	66,76
116	Altri int. pacemaker o AICD o generatore impulsi	2,460	C	174	935	5,37	7,37	3,49	1		76,42	75,06
124	Mal.cardiovasc. escl. IMA con catet., dia. compl.	1,203	M	168	833	4,96	7,28	3,12	12		67,32	64,64
143	Dolore toracico	0,516	M	157	424	2,70	4,85	2,57	241	3	67,56	60,04
122	Mal.cardiovasc. con IMA senza compl. card., vivi	1,153	M	135	712	5,27	8,96	6,31	6		73,16	67,91
121	Mal.cardiovasc. con IMA e compl. card., vivi	1,611	M	88	538	6,11	11,60	7,67	1		77,13	75,90
138	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca con CC	0,811	M	86	396	4,60	7,18	3,58	11	8	71,35	71,39
125	Mal.cardiovasc. escl. IMA con catet., dia. no compl.	0,759	M	85	278	3,27	4,07	1,71	25		63,28	61,98
078	Embolia polmonare	1,435	M	40	276	6,90	14,00	9,03	2		70,63	71,74
140	Angina pectoris	0,622	M	37	180	4,86	7,03	4,05	5		73,27	70,34
145	Altre dia. app. circolatorio senza CC	0,624	M	30	137	4,57	6,73	3,39	1	1	56,70	56,67
123	Mal.cardiovasc. con IMA, deceduti	1,409	M	20	102	5,10	8,40	3,07	15		81,15	80,63
144	Altre dia. app. circolatorio con CC	1,065	M	17	114	6,71	10,05	5,49	1	1	66,71	69,30
115	Pacemaker perm. con IMA, insuff. cardiaca o shock	3,609	C	16	132	8,25	11,82	6,59			77,13	75,05
117	Revisione di pacemaker cardiaco escl. sostituzione	1,226	C	13	75	5,77	6,45	2,98	1	4	67,46	69,84
135	Mal. cardiache congenite e valv., eta' >17 con CC	0,863	M	6	32	5,33	7,51	3,76	1		79,17	69,70
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	1,586	C	5	15	3,00	4,33	1,64	2	73	82,40	75,51
134	Ipertensione	0,566	M	Inu	4	14	3,50	6,88	3,86	2	81,25	64,12
	altri drg	1,315		61	341	5,59			21	1	70,02	
	Totale	1,251		1.841	8.662	4,71			469	125	70,69	

Indici e confronti

Casi chirurgici totali	2,232	C
Casi medici totali	0,920	M
Casi a rischio inappropriatezza chirurgici		C
Casi a rischio inappropriatezza medici	0,550	M

Casi > 1 die	gg casi > 1 die	dm > 1 die
465	2.272	4,89
1.376	6.390	4,64
-	-	-
10	33	3,30

Ricovero breve		Età media	
1 die	dh	Az	Reg
25	78	69,67	63,85
444	47	71,04	67,00
10		68,90	

Confronto media regionale	Az	Reg
---------------------------	----	-----

Rapporto chirurgici/totale ordinari > 1 die	25%	38%	
Percentuale rischio inappropriati chirurgici	0%	0%	
Percentuale rischio inappropriati medici	1%	5%	
Indice di case mix casi chirurgici e peso medio	0,963	2,232	2,317
Indice di case mix casi medici e peso medio	1,023	0,920	0,899
Indice di case mix e peso medio	0,873	1,251	1,433
Indice comparativo di performance	0,635		

Indici di occupazione

Letti	41
-------	----

Tasso di occupazione	61%
Tasso di occupazione sn inappropriatezza	61%
Tasso di occupazione dm al 30 perc	49%

Esempi report

Scheda analitica dei ricoveri Analisi dei dati per regime - anno 2002

TOTALE
ASL

Casi Ordinari	Totale	Medici							
		alti				bassi			
		Totale	MMG	PS	altro	Totale	MMG	PS	altro
Casi	17.252	4.840	705	2.628	1.507	6.158	512	3.130	2.516
Valore	44.595.181	15.281.609	2.540.700	7.387.343	5.353.566	5.607.990	527.458	3.237.438	1.843.094
Valore per assistito pesato	374,84	128,45	21,36	62,09	45,00	47,14	4,43	27,21	15,49
Valore medio Asl per assistito pesato	374,84	128,45	21,36	62,09	45,00	47,14	4,43	27,21	15,49

prescrittore	Chirurgici							
	alti				bassi			
	Totale	MMG	PS	altro	Totale	MMG	PS	altro
Casi	3.376	953	648	1.775	2.878	528	427	1.923
Valore	19.407.154	5.219.624	4.453.826	9.733.704	4.298.428	838.473	715.695	2.744.260
Valore per assistito pesato	163,13	43,87	37,44	81,82	36,13	7,05	6,02	23,07
Valore medio Asl per assistito pesato	163,13	43,87	37,44	81,82	36,13	7,05	6,02	23,07

Casi day hospital	Totale	Medici				Chirurgici			
		Totale	MMG	PS	altro	Totale	MMG	PS	altro
		Casi	5.106	2.601	241	55	2.305	2.505	517
Valore	4.716.978	1.556.822	174.187	26.231	1.356.404	3.160.156	664.245	24.375	2.471.536
Valore per assistito pesato	39,65	13,09	1,46	0,22	11,40	26,56	5,58	0,20	20,77
Valore medio Asl per assistito pesato	39,65	13,09	1,46	0,22	11,40	26,56	5,58	0,20	20,77

prescrittore	Medici elevato rischio inappropriatezza			
	Totale	MMG	PS	altro
Casi	1.731	203	1.049	479
Valore	2.240.765	315.041	1.354.380	571.344
Totale Casi Asl	1.731	203	1.049	479
Totale Valori Asl	2.240.765	315.041	1.354.380	571.344

Esempi report

Prestazioni		Soglia	Valore prestazioni
MAC.05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione parenterale, correz		180.150
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO		73.175
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE		61.253
99.2A	INIEZIONE O INFUSIONE DI FARMACI SPECIFICI		39.007
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI		21.791
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	16	13.838
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		1.085
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE		948
96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA		340
89.01	VISITA DI CONTROLLO		197
TOTALE			391.784

Numero prestazioni per esterni				
Numero totale	di cui in area a pagamento	Urgenti differibili	Primo accesso	Programmate Follow up
1201			1.199	2
4088			4.086	2
4658		1	4.654	3
4106		1	4.104	1
827			825	2
615			614	1
374			374	
60			60	
92			92	
11			11	
16.032		2	16.019	11

Urgenti e brevi - Classe di priorità U e B (con area ON)				
Accesso immediato	entro 3 die	tra 3 e 16 die	tra 17 e 30 die	oltre 30 die
1				
1				
2				

Primo accesso classe di priorità D									
Accesso immediato	entro 3 die	tra 3 e 7 die	tra 8 e 14 die	tra 14 e 30	tra 30 e 40	tra 40 e 60	tra 60 e 180	oltre 180	
1	8	2							1.188
3	4	1	1		2	1			4.074
118	113	47	30	14	8	1			4.323
99	71	12	8	1	1				3.912
34	13	2							776
269	190	76	44	21	9	4	1		-
10	5								359
			1						59
	2	1	1						88
2									9
536	406	141	85	36	20	6	1	14.788	

Valore delle prestazioni erogate per interni (solo servizi)	Valore

Provenienza dei ricavi	Valore	%
ASL	154.905	40%
FUORI ASL	168.762	43%
FUORI REGIONE	68.117	17%

Differibili	
Percentuale entro 7 giorni	7%
Percentuale entro 40 giorni	1%
Percentuale tra 40 e 60 giorni	0%
Percentuale oltre 60 giorni	92%

Urgenti	
Percentuale entro 3 giorni	100%
Percentuale entro 16 giorni	0%
Percentuale entro 30	0%
Percentuale oltre 30 giorni	0%

Esempi report

<i>Tipologia prestazioni</i>	2014					2015				
	Esterni	di cui plus orario	Interni	Fatturato per esterni	Fatturato per interni	Esterni	di cui plus orario	Interni	Fatturato per esterni	Fatturato per interni
Visite	14.955	-	-	271.508	-	14.704	-	-	266.656	-
Diagnostica strumentale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnostica in vitro	961	-	-	83.018	-	915	-	-	75.119	-
Chirurgia ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chemio/Radioterapie amb.	78	-	-	5.337	-	42	-	-	2.229	-
Infusione farmaci terap.	3.019	-	-	28.681	-	3.265	-	-	31.018	-
altre prestazioni	3.833	-	-	53.770	-	4.683	-	-	62.684	-
totale	22.846	-	-	442.313	-	23.609	-	-	437.705	-

Esempi report

Scheda analitica delle prestazioni specialistiche ambulatoriali - anno 2002

TOTALE
ASL

Prestazioni totali	Totale
Numero prestazioni	1.289.928
Valore	13.185.190
Valore per assistito pesato	110,83
Valore medio Asl per assistito pesato	110,83

	Laboratorio				
	prescrittore	MMG	Specialista	accesso diretto/altro	Totale
Numero prestazioni		661.318	158.091	68.337	887.746
Valore		2.196.094	857.899	224.485	3.278.478
Valore per assistito pesato		18,46	7,21	1,89	27,56
Valore medio Asl per assistito pesato		18,46	7,21	1,89	27,56

	Altri esami strumentali				
	prescrittore	MMG	Specialista	accesso diretto/altro	Totale
Numero prestazioni		18.749	10.239	4.170	33.158
Valore		551.564	206.225	83.284	841.073
Valore per assistito pesato		4,64	1,73	0,70	7,07
Valore medio Asl per assistito pesato		4,64	1,73	0,70	7,07

	Rx				
	prescrittore	MMG	Specialista	accesso diretto/altro	Totale
Numero prestazioni		24.209	6.515	12.156	42.880
Valore		519.692	141.859	318.257	979.808
Valore per assistito pesato		4,37	1,19	2,68	8,24
Valore medio Asl per assistito pesato		4,37	1,19	2,68	8,24

Esempi report

atc_5	descrizione sottoclasse	9 mesi 2014	9 mesi 2015	delta	%
L03AA	FATTORI DI STIMOLAZIONE DELLE COLONIE	88.165,48	96.440,80	8.275,32	9,39
L01CA	ALCALOIDI DELLA VINCA ED ANALOGHI	33.233,04	16.484,81	-16.748,23	-50,40
L03AX	ALTRI IMMUNOSTIMOLANTI	12.428,77	10.898,79	-1.529,98	-12,31
A04AD	ALTRI ANTIEMETICI	10.996,29	9.526,39	-1.469,90	-13,37
L01AA	ANALOGHI DELLA MOSTARDA AZOTATA	9.550,45	5.638,80	-3.911,65	-40,96
B03XA	ALTRI PREPARATI ANTIANEMICI	8.818,01		-8.818,01	-100,00
J02AX	ALTRI ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	8.622,21		-8.622,21	-100,00
L01XE	INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI	7.214,28		-7.214,28	-100,00
L01DC	ALTRI ANTIBIOTICI CITOTOSSICI	7.088,66	7.237,06	148,40	2,09
L01XA	COMPOSTI DEL PLATINO	6.912,26	3.677,55	-3.234,71	-46,80
B05BB	SOLUZIONI CHE INFLUENZANO L'EQUILIBRIO ELETTROLITICO	5.965,67	4.701,84	-1.263,83	-21,19
B01AB	EPARINICI	5.313,11	4.730,64	-582,47	-10,96
L01CB	DERIVATI DELLA PODOFILLOTOSSINA	4.814,00	2.998,51	-1.815,49	-37,71
A04AA	ANTAGONISTI DELLA SEROTONINA (5HT3)	4.802,92	3.942,58	-860,34	-17,91
B05BA	SOLUZIONI NUTRIZIONALI PARENTERALI	3.004,89	3.368,98	364,09	12,12
J01XA	ANTIBATTERICI GLICOPEPTIDICI	2.898,97	5,23	-2.893,74	-99,82
N02BE	ANILIDI	2.117,35	1.201,91	-915,44	-43,24
J01DH	CARBAPENEMI	1.997,49	3.224,87	1.227,38	61,45

Esempi report

Dettaglio personale	anno 2015					
	Assistenza	Università	ricerca	GRANT	lughe assenze	Valore straord.
DIRIGENZA MEDICA	1,50	-	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	-	-	-	-	-	-
PERS. INFERMIER.	3,00	-	-	-	-	738
PERS. AMMINISTRATIVO	-	-	-	-	-	-
OTA/O.S.S.	-	-	-	-	-	-
PERS. TECNICO SANIT.	-	-	-	-	-	-
PERS. DI RIABILITAZIONE	-	-	-	-	-	-
SPECIALIZZANDI	-	-	-	-	-	-
ASSIST. SOCIALI	-	-	-	-	-	-
PERS. RUOLO TECNICO	1,58	-	-	-	0,27	177
COLLAB. AREA MEDICA	-	-	-	2,00	-	-
COLLAB. AREA INFERMIER.	-	-	-	-	-	-
COLLAB. AREA SANITARIA	-	-	-	-	-	-
COLLAB. AREA TECNICO-SANITARIA	-	-	-	-	-	-
COLLAB. AREA AMM.	-	-	-	-	-	-
COLLAB. AREA INFORM.	-	-	-	-	-	-
COLLAB. AREA TECNICA	-	-	-	-	-	-
BORSISTA AREA MEDICA	-	-	-	-	-	-
BORSISTA AREA SANITARIA	-	-	-	-	-	-
totale FTE	6,08	-	-	2,00	0,27	915,64

Esempi report

	ONERE_SSN	ONERE_ALPI	ONERE_A_PAG	ONERE_TOT
N INTERVENTI TOT	30.322,00	1.717,00	47,00	32.086,00
N INT - ELETTIVI	24.867,00	1.485,00	28,00	26.380,00
N INT - URGENTI	5.455,00	232,00	19,00	5.706,00
N INT CO-EQUIPE	350,00	40,00	0,00	390,00
N PROCEDURE	44.766,00	2.557,00	62,00	47.385,00
ORE CHIRUR (CUTE - CUTE)	67.097,00	4.717,00	105,00	71.918,00
INCIDENZA TEMPO CHIR	62%	68%	49%	63%
TM INT - PREPAR SALA, ELETTIVI	26,07	27,61	40,81	26,17
TM INT - CHIRUR, ELETTIVI	86,58	95,88	107,39	87,12
TM INT - RISVEGLIO, ELETTIVI	11,73	13,75	15,75	11,84
CLASSE INIZIO INTERVENTI < 8:00	1%	3%	1%	1%
CLASSE INIZIO INTERVENTI 8:00 - 8:15	4%	5%	3%	4%
CLASSE INIZIO INTERVENTI 8:15 - 8:30	4%	4%	3%	4%
CLASSE INIZIO INTERVENTI 8:30 - 9:00	3%	3%	0%	3%
CLASSE INIZIO INTERVENTI > 9:00	33%	32%	30%	33%
N. INTERVENTI ELETTIVI INZIO > 18:00	1.227,00	55,00	7,00	1.289,00
N. INTERVENTI ELETTIVI FINE > 18:00	2.646,00	127,00	5,00	2.778,00

Esempi report

	N INTERVENTI TOT	N INT - ELETTI	N INT - URGEN	TM INT - CHIRUR, ELETTI
INT. NON CODIFICATI	123,00	114,00	9,00	119,82
INT. ERRONEAMENTE CODIFICATI	387,00	29,00	358,00	146,14
INT. CARDIOTORACICI	81,00	24,00	57,00	169,63
INT. SU VAGINA, CERVICE E VULVA	288,00	264,00	24,00	57,00
INT. SU PANCREAS, FEGATO, MILZA	413,00	364,00	49,00	343,38
ESAMI DIAGNOSTICI	162,00	147,00	15,00	28,22
ISTERECTOMIE	892,00	821,00	71,00	187,69
ARTRODESI VERTEBRALE	196,00	176,00	20,00	219,36
INT. SU TONSILLE E ADENOIDI	349,00	331,00	18,00	34,40
PROSTATECTOMIA/INT. PROSTATA	353,00	334,00	19,00	123,66
RESEZIONI OSSEE	123,00	117,00	6,00	67,06
INT. MANO O POLSO	40,00	39,00	1,00	36,03
INT. SU POLMONE E DIAFRAMMA	282,00	270,00	12,00	132,18
INT. ARTICOLAZIONI	183,00	166,00	17,00	70,74
RESEZIONE INTESTINO	457,00	333,00	124,00	190,40
INT. ORECCHIO ESTERNO/MEDIO	55,00	51,00	4,00	56,27
INT. MUSCOLI, TENDINI E FASCE	208,00	187,00	21,00	65,63

Esempi report

	CHIRURGIA VERTEBRALE	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CHIRURGIA DIGESTIVA	CHIRURGIA D'URGENZA
N. SLOT PROGRAMMATI	27,00	334,00	298,00	421,00	290,00
N. SEDUTE PROGRAMMATE (PESATE)	25,00	291,00	288,00	332,00	146,00
ORE SEDUTE PROGRAMMATE (PROG)	251,00	2.907,50	2.878,50	3.317,00	1.464,50
ORE SEDUTE UTILIZZATE (UTIL)	189,00	2.121,00	2.146,00	2.458,00	940,00
ORE SEDUTE UTILIZZATE (UTILIZZO + CAMBIO)	207,00	2.369,00	2.479,00	2.689,00	1.029,00
ORE SEDUTE UTIL / PROG	0,75	0,73	0,75	0,74	0,64
ORE CUTE - CUTE / ORE PROG	0,50	0,47	0,45	0,53	0,43
ORE UTIL PERS ANEST	148,00	1.370,00	1.604,00	2.202,00	556,00
QUANTITA' MEDIA PERS - DI SALA PER SEDUTA	3,30	3,78	4,28	3,81	2,23
ORE UTIL PERS DI SALA	320,00	3.494,00	3.377,00	4.440,00	1.362,00
N INTERVENTI MEDI PER SEDUTA	2,00	2,36	2,82	2,25	1,67
TEMPO MEDIO CAMBIO SALA (MIN)	34,00	33,00	37,00	25,00	23,00
CLASSE INIZIO ATT < 8:00am	15%	6%	3%	5%	2%
CLASSE INIZIO ATT 8:00 - 8:15am	30%	34%	37%	48%	15%
CLASSE INIZIO ATT 8:15 - 8:30am	40%	30%	38%	36%	35%
CLASSE INIZIO ATT 8:30 - 9:00am	15%	25%	16%	8%	40%
CLASSE INIZIO ATT > 9:00am	0%	5%	5%	2%	7%
N. INTERVENTI FINE > 18:30	9,00	84,00	106,00	72,00	22,00
COSTO MEDIO SEDUTA	8.438,50	4.907,21	3.800,88	3.084,08	1.104,36

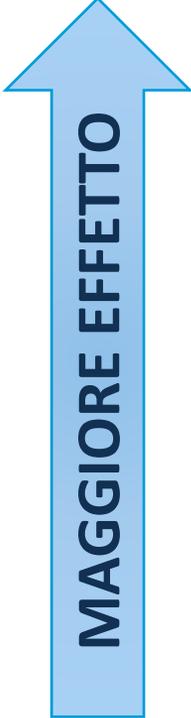
Gli Strumenti

1. La contabilità analitica
2. Il processo di budget
3. I report di monitoraggio
4. **Gli strumenti premianti**
5. Gli Standard di riferimento

I sistemi premianti

Leva retributiva	Come viene definita/progettata	Impatto sull'individuo	Obiettivo organizzativo
<i>Retribuzione fissa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione del valore di mercato di una posizione (analisi esterna) ▪ Pesatura delle posizioni e job evaluation (analisi interna) 	Fornisce sicurezza finanziaria	Attrarre e trattenere
<i>Retribuzione variabile</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con obiettivi individuali ▪ Con obiettivi organizzativi 	Allinea i comportamenti dell'individuo a quelli dell'organizzazione	Motivare
<i>Benefit</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Di solito assegnati su base gerarchica 	Rispondono a bisogni non monetari	Attrarre e trattenere
<i>Ambiente di lavoro</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In base a piani di sviluppo, carriera, formazione 	Appagano bisogni superiori e di autorealizzazione	Trattenere e motivare

I sistemi premianti



MAGGIORE EFFETTO

- Incentivi individuali
- Incentivi di gruppo
- Gain sharing (contenimento dei costi)
- Profit sharing (condivisione dei profitti)
- Premi di risultato
- Premi discrezionali

I sistemi premianti

SISTEMA OBIETTIVI SMART

Specifici (riguardanti un'attività specifica)

Misurabili (per Quantità, qualità, tempo, costi, volumi)

Adeguati (proporzionali alle risorse disponibili)

Rilevanti (che abbiano una rilevanza all'interno dell'Ente)

Tempificati (che sia indicato il tempo del raggiungimento)

Il riconoscimento delle competenze

I sistemi **pay for competence** riconoscono le competenze tecniche, operative e manageriali che contribuiscono stabilmente al raggiungimento di risultati superiori (indipendentemente dal ruolo)

Area di valutazione		-	+	++	+++
Orientamento al risultato	Capacità di raggiungere gli obiettivi fissati in tempi utili e con livelli qualità e quantità previsti	0%	1%	5%	10%
Gestione del cambiamento	Capacità di affrontare positivamente situazioni critiche e dirigere l'organizzazione verso gli obiettivi	0%	1%	2%	3%
Gestione delle risorse umane	Capacità di valutare i collaboratori, motivarli e farli crescere professionalmente	0%	1%	2%	5%
Coordinamento	Capacità di valutare le interdipendenze aziendali e contribuire tempestivamente ed adeguatamente al raggiungimento degli obiettivi aziendali di altre UO	0%	2%	4%	8%

Non importa quanto importa come



IT DOESN'T MATTER HOW MANY RESOURCES YOU HAVE
If you don't know how to use them, it will never be enough.

Gli Strumenti

1. La contabilità analitica
2. Il processo di budget
3. I report di monitoraggio
4. Gli strumenti premianti
5. **Gli Standard di riferimento**

I possibili standard di riferimento: PNE

Comma 522. Gli Enti del Servizio sanitario nazionale attivano un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in coerenza con il Programma nazionale valutazione esiti.

Comma 523. Il mancato rispetto delle disposizioni di cui comma 522 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Nascita del metodo

Esperienze di

comparative effectiveness research

Esperienze italiane



valutazione sistematica di esito

Lazio, con la prima pubblicazione dei dati nel 2006, la Lombardia e successivamente la Toscana



A partire dal 2010, nell'ambito dei progetti finanziati dal CCM è stato avviato da AgeNaS, per conto del Ministero della Salute, il Programma nazionale di valutazione di esito (PNE).

Nascita del programma

Nell'agosto del 2012 la Legge nazionale 135 promuove il passaggio dalla fase sperimentale di PNE ad una funzione tecnica



Con la deliberazione della **Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni** n. 20 del 24 gennaio 2013



MANDATO
ALL'AGENAS

Sviluppare la **valutazione degli esiti** degli interventi sanitari, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali)

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

Dal 2007 raccogliendo i dati di 37 paesi l'OECD/OCSE ha avviato un programma di valutazione comparativa delle performance dei sistemi sanitari

Presenta 70 indicatori che coprono le aree delle cure primarie, delle cure per acuti, della salute mentale, delle cure oncologiche, del benessere del paziente e della sua esperienza con i servizi sanitari

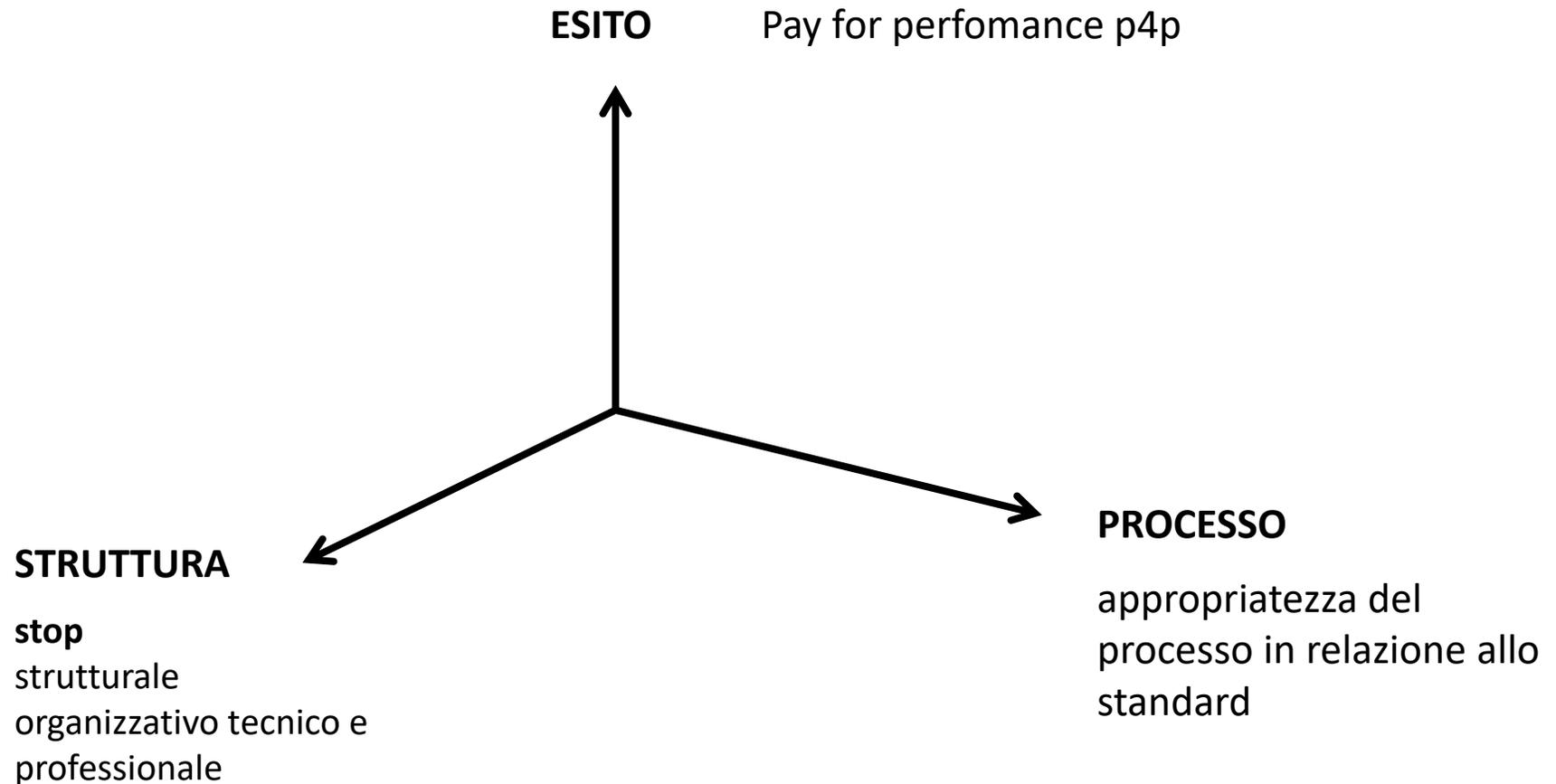
NICE: National Institute for Health and Care Excellence

Il National Institute of Clinical Excellence, noto come NICE, è un'organizzazione inglese che ha come scopo fondamentale quello di valutare **l'efficacia degli interventi medici, siano essi rappresentati da farmaci, dispositivi medici o procedure fisioterapiche e chirurgiche**, al fine di orientare una corretta utilizzazione delle risorse da parte del National Health Service inglese.

Questo Istituto, che si avvale di uno staff di circa **60 persone**, è stato costituito su volere del Governo inglese per stabilire il **rapporto benefici/rischi** delle varie pratiche mediche.

Produce statistiche di valutazione delle attività sanitarie di **ospedali e general practitioner**

La qualità e gli indicatori di misura



PNE 2017

Lavora sui dati aggiornati all'anno 2016

analizza 166 indicatori:

- 67 di esito/processo,

- 70 volumi di attività

- 29 indicatori di ospedalizzazione

Le novità più rilevanti:

- nuovi indicatori (nell'area ortopedica, pediatrica e angiologica)

- analisi sintetiche delle strutture ospedaliere;

Ambiti di valutazione

funzione di produzione

funzione di tutela
o committenza

singole aziende
ospedaliere e
stabilimenti ospedalieri

aziende sanitarie
locali/province.



1400 ospedali

Come funziona il programma

Il **Programma Nazionale Esiti (PNE)** è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute.

Gli indicatori sono discussi nell'ambito del Comitato PNE, composto dai rappresentanti di Regioni, Province Autonome, Ministero della Salute e istituzioni scientifiche.

Progettazione, gestione, definizione degli indicatori, analisi dei dati e gestione del sito web sono svolte dal **Dipartimento di Epidemiologia del SSR della Regione Lazio**, in qualità di **centro operativo PNE** di AGENAS.

Cosa produce il PNE

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

**Il PNE non produce classifiche,
graduatorie o pagelle**

Area gastroenterica

ESITO	Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: altro intervento a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: complicanze a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni

Area Ortopedica

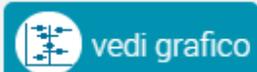
ESITO	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
	Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
	Frattura del collo del femore: giorni di attesa per intervento chirurgico

Area Ortopedica

Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni - Italia 2015



Ordina/filtra



vedi grafico



protocollo



esporti

Filtri attivi: → Tutte le strutture → Tutte le regioni → Confronto media nazionale + Ordinato per Regione

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Osp. Civile La Memoria - Gavardo	BS	Lombardia	130	8.46	9.21	1.58	0.127
Osp. di Montichiari - Montichiari	BS	Lombardia	69	2.90	2.46	0.42	0.226
Osp. di Gardone V. T. - Gardone Val Trompia	BS	Lombardia	71	4.23	4.26	0.73	0.591
Osp. di Iseo - Iseo	BS	Lombardia	65	6.15	7.13	1.22	0.693
Osp. di Manerbio - Manerbio	BS	Lombardia	133	1.50	1.83	0.31	0.101
Osp. C. Poma - Mantova	MN	Lombardia	93	4.30	3.97	0.68	0.446
Osp. Istituti Ospitalieri - Cremona	CR	Lombardia	231	4.33	4.45	0.76	0.399
Osp. S. Gerardo - Monza	MB	Lombardia	207	3.38	3.50	0.60	0.181

Risk adjustment

Nel PNE si utilizzano tecniche di *risk adjustment* che consistono nella costruzione di una misura di gravità che descrive la “complessità clinica” del paziente, sulla base dell’età, dalla gravità della patologia in studio e dalle patologie concomitanti dei pazienti, e nell’uso di tale misura per ottenere rischi e rischi relativi aggiustati, che consentono un confronto valido anche tra gli ospedali o le ASL di residenza.

Risultati positivi del programma

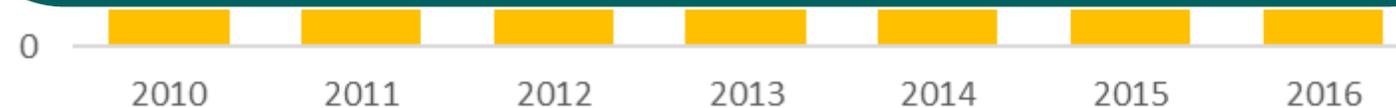
Frattura del femore paz > 65 trattato entro 48 h



Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età maggiore di 65 anni.

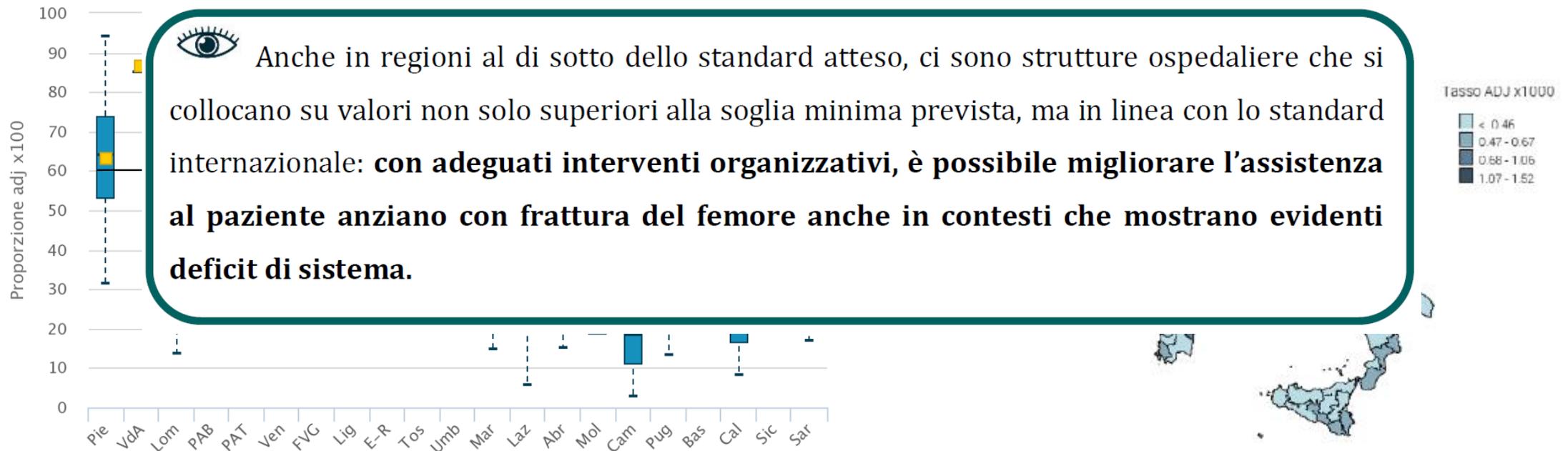
Dalle 70 strutture che nel 2010 rientravano in questo standard, si è passati nel 2016 a **245 strutture ospedaliere che si collocano al di sopra della soglia prevista, di cui 60 con valori in linea con lo standard internazionale (superiore all'80%).**

Il numero di strutture al di sotto dello standard previsto si è ridotto: erano 230 nel 2015; sono 195 nel 2016 di cui 40 con proporzioni inferiori al 20%.



Ma restano le forti diseguaglianze territoriali

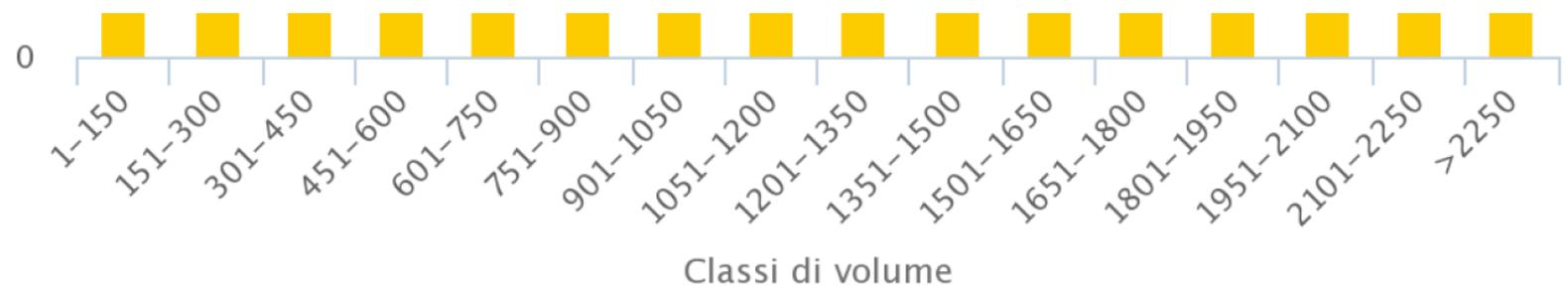
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI -
ITALIA 2016



E la mancanza di concentrazioni adeguate nelle strutture

PARTI: VOLUME DI RICOVERI - ITALIA 2016

 Escludendo le strutture con meno di 10 parti annui, **nel 2016 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti annui sono 97 (21%), effettuando complessivamente solo il 5,7% dei parti totali; nel 2015 erano 118 (24%).**



Uso degli indicatori

Il SSN ha diversi obiettivi di miglioramento:

- 1) Mantenere il sistema sostenibile
- 2) Ridurre le diseguaglianze
- 3) Garantire la qualità delle cure
- 4) Garantire l'accesso
- 5) Migliorare l'efficienza organizzativa.

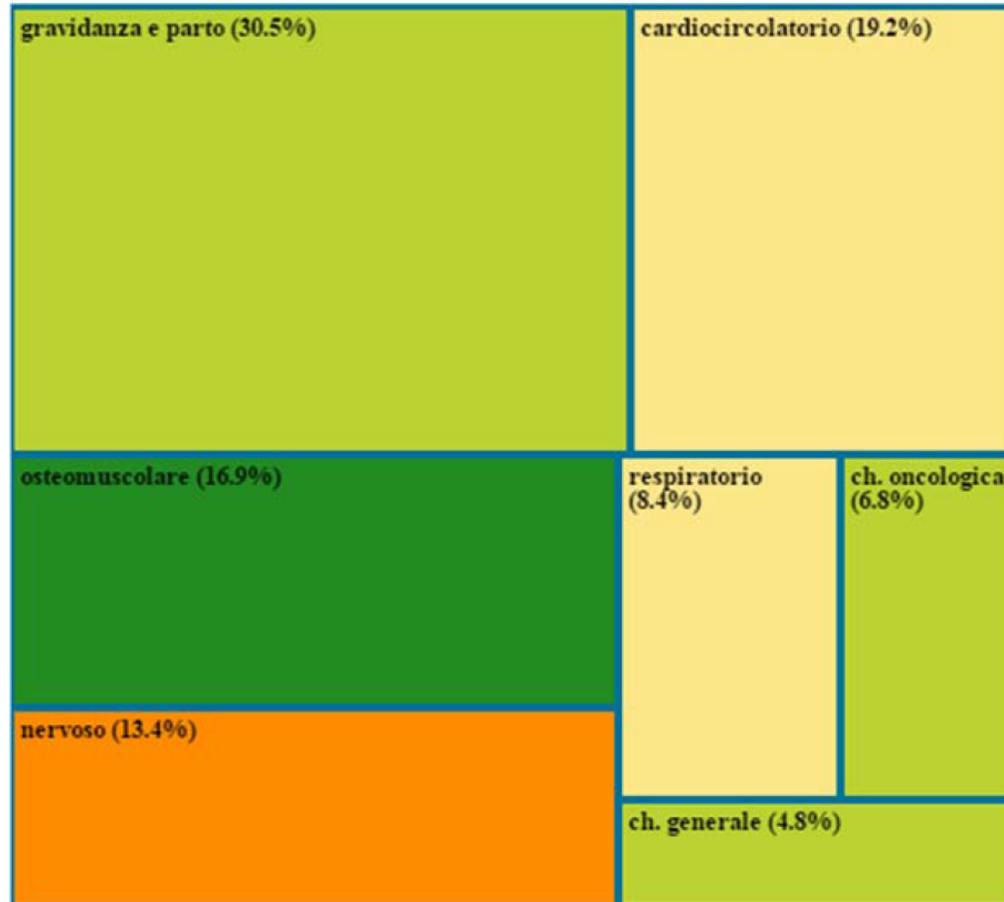
Ultimo strumento messo a punto

Treemap

Il *Treemap* prevede la valutazione di 7 aree cliniche per ogni stabilimento ospedaliero:

1. Cardiologico
2. Gravidanza
3. Ortopedia
4. Chirurgia Generale
5. Neurologia
6. Respiratorio
7. Chirurgia Oncologica

Treemap



Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

Criticità nella valutazione PNE

Modello sintetico

Non tiene conto delle variabilità organizzative

**Ambito
clinico**



**Percorso clinico
Unità
Organizzativa**

Relazione Esiti-Organizzazione

Nella maggior parte dei casi gli **esiti delle cure** dipendono dall'**organizzazione**.

Per questo il **PNE**:

non guarda tanto all'aspetto scientifico,

ma all'efficienza e all'efficacia dell'intervento legato all'organizzazione

Come si rientra?

Per le aziende che presentano questo tipo di carenze il piano di rientro aziendale dovrà **prevedere**:

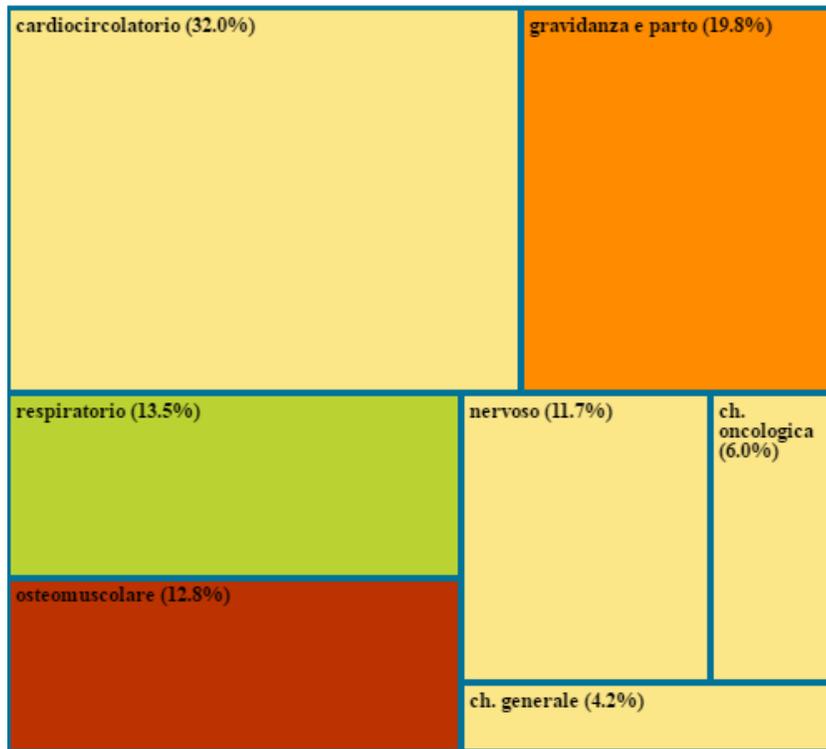
- 1) la verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi informativi sanitari
- 2) l'analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi
- 3) il confronto con i dati disponibili sul sito del ***Programma Nazionale Esiti***
- 4) un programma specifico di interventi per il rientro negli standard

Trend di un'AO lombarda 2015 e 2016

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso
 ■ ND

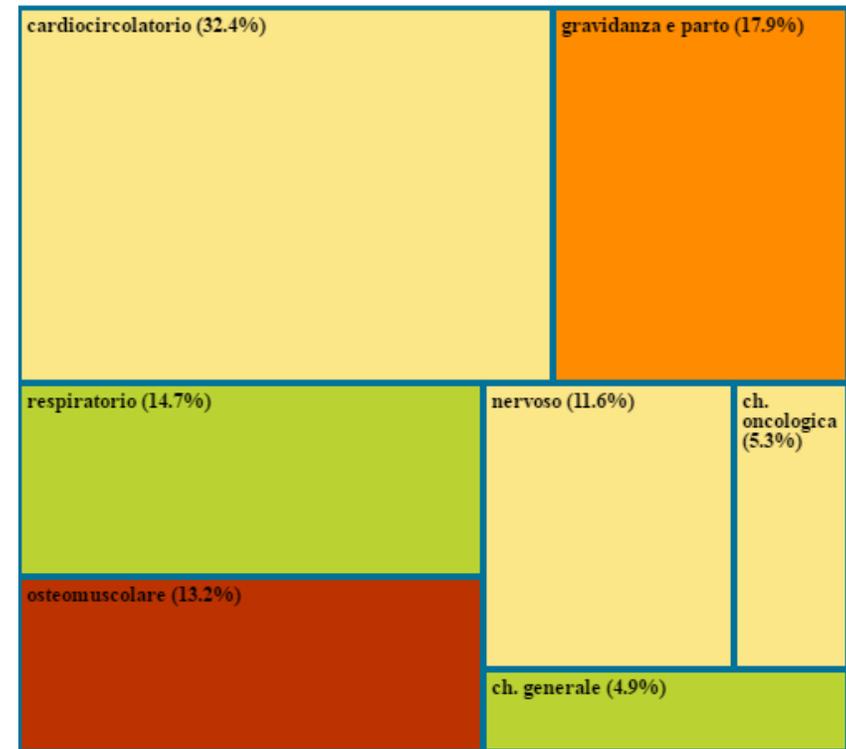
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Sviluppi futuri

Nuovi indicatori settori clinici

(anche grazie alla nuova SDO)

Indicatori monitoraggio continuità dell'assistenza

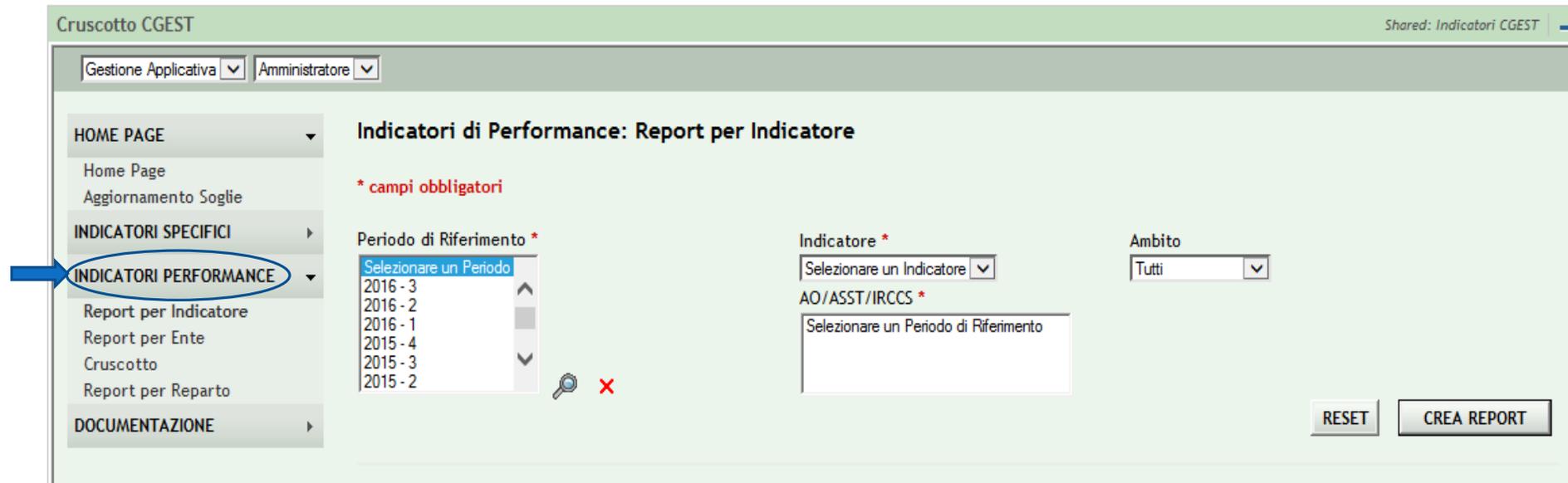
Indicatori di valutazione dell'assistenza territoriale

I possibili standard di riferimento: i costi standard

I12: Costo farmaci a giornata di degenza pesate
I13: Costo Dispositivi Medici per caso per disciplina
I16: Costo Personale Comparto Assistenza a giornata di degenza
I18: Fatturato di Produzione per tecnico
I19: Fatturato di Produzione per medico
I22: Incidenza % costo amministrativi sul totale costo personale

I21: Costo Personale per 1.000 euro di fatturato
I20: Costo Medico per 1.000 euro di fatturato
I14: Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato
I15: Costo Beni Sanitari per 1.000 euro di fatturato
I16_bis: Costo Personale Comparto per 1000 euro di fatturato prodotto nei poliambulatori ospedalieri
I17: Costo Personale tecnico per 1.000 euro di fatturato prodotto dai Servizi

Introduzione di una nuova sezione «Indicatori di Performances» nel Cruscotto Regionale



Inserimento di un nuovo livello di analisi, l'**AMBITO**, che distingue i centri di costo COAN in 3 differenti aggregati:

1. Reparti
2. Servizi
3. Ambulatoriale

Report per reparto

HOME PAGE >

INDICATORI SPECIFICI >

- Report per Indicatore
- Report per Ente
- Cruscotto
- Report per Reparto

INDICATORI PERFORMANCE >

- Report per Indicatore
- Report per Ente
- Cruscotto
- Report per Reparto

DOCUMENTAZIONE >

Indicatori di Performance: Report per Reparto

* campi obbligatori

Periodo di Riferimento *

Selezionare un Periodo

2016 - 3

2016 - 2

2016 - 1

2015 - 4

2015 - 3

2015 - 2

Indicatore *

114 - Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato

Ambito

1 - Reparti

Reparto *

1 - 08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA

RESET CREA REPORT

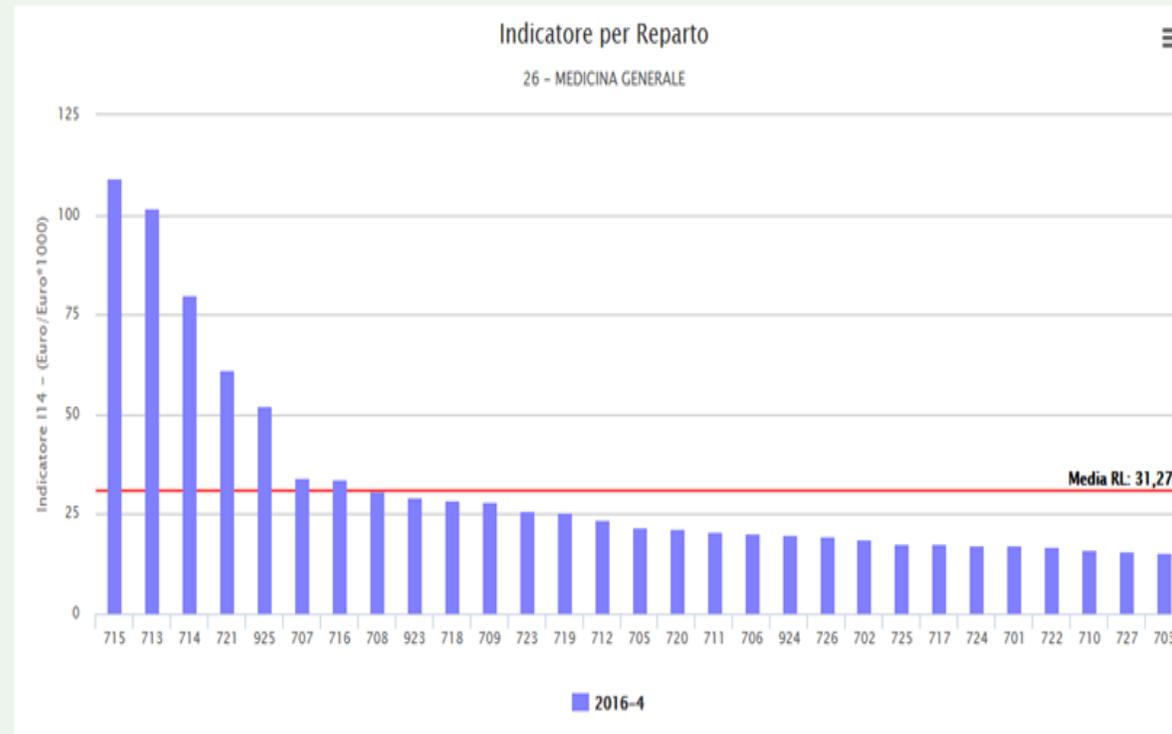
REPARTO (AMBITO: 1 - REPARTI)	ENTE	2016 - 3		
		NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE
Regione Lombardia - Media per Reparto	Regione Lombardia - Media per Reparto	72.810.108,98	249.340.719,21	292,01
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	701 - ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	3.470.063,28	16.937.760,36	204,87 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	702 - ASST SANTI PAOLO E CARLO	2.090.157,88	10.675.742,82	195,79 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	703 - ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	2.868.468,62	10.312.431,23	278,16 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	705 - ASST OVEST MILANESE	5.431.131,70	11.724.489,06	463,23 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	706 - ASST RHODENSE	1.426.736,22	6.541.611,29	218,10 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	707 - ASST NORD MILANO	141.029,17	5.269.385,80	26,76 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	708 - ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	871.034,12	4.055.179,70	214,80 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	709 - ASST DI LODI	1.770.802,01	6.423.471,27	275,68 ●
08 - CARDIOLOGIA/UTIC/EMODINAMICA	710 - ASST DEI SETTE LAGHI	4.979.045,62	11.244.849,58	442,78 ●

Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato

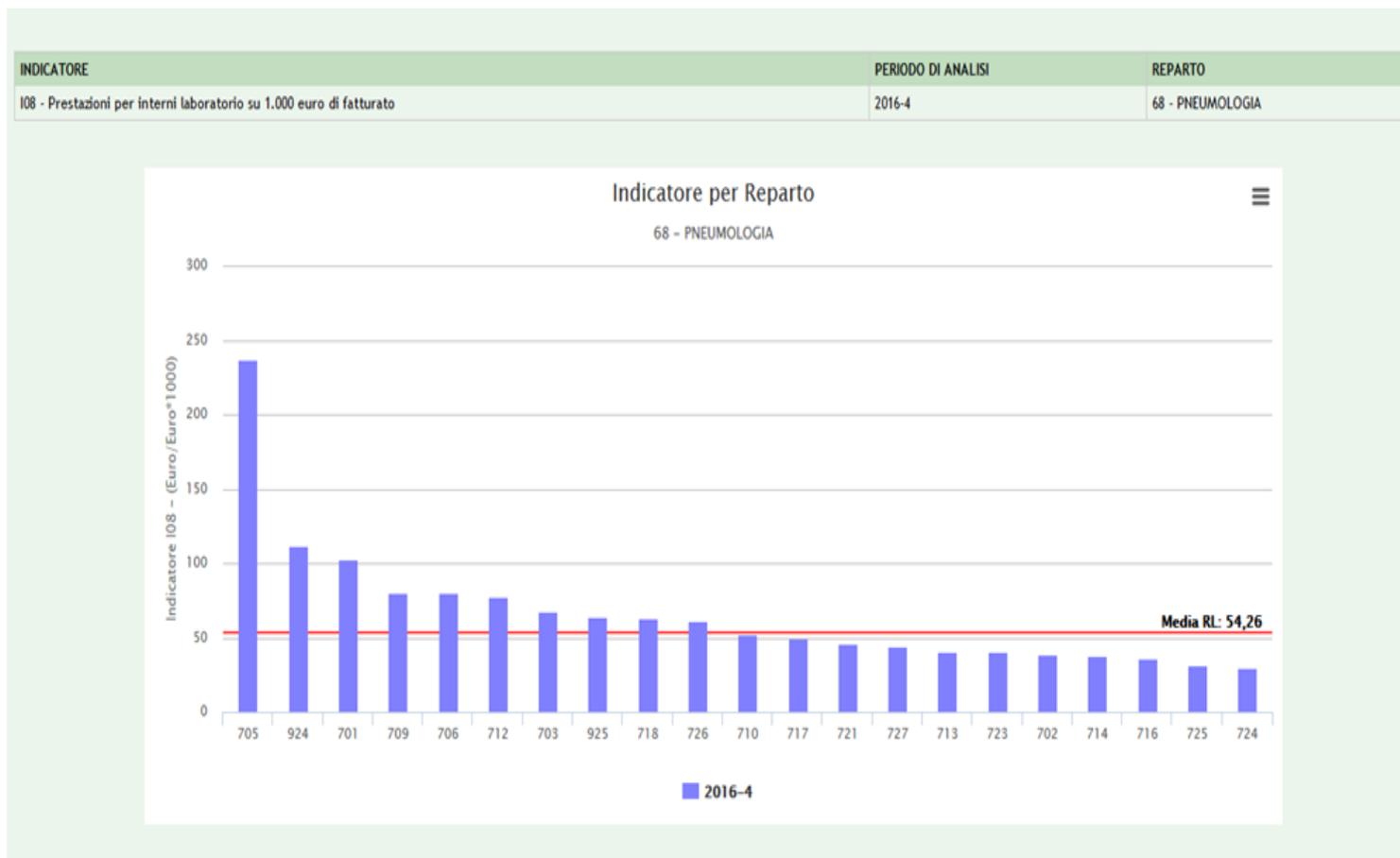
Definizione:	Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato
Numeratore:	Costo Dispositivi Medici
Denominatore:	Fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale) *1000
Formula:	$\frac{\text{Costo Dispositivi Medici}}{\text{Fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale)}}$
Note per l'elaborazione:	<p>Costo Dispositivi Medici => Deve essere rilevato l'importo in COAN rilevato sui conti std 70104*.</p> <p>Fatturato => Fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale) dei seguenti conti COAN, di tutti i cdc individuati nel file allegato.</p> <p>40601* (Fatturato DRG, Rimborso Protesi, Maggiorazioni tariffarie Legge 7), 4060200* (Prestazioni Ambulatoriali), 4060201* (Screening), 41305* da sommare solo quando calcolo l'indicatore a livello CDC, ma non a livello presidio/azienda.</p>
Livello Indicatore	<p>calcolato a livello azienda e di presidio e di Reparto.</p> <p>L'indicatore deve essere calcolato su un sottoinsieme di CDC di ospedaliera. Alcuni CDC sono messi insieme a formare un aggregato per i servizi (2061*+3050*). In allegato la lista dei CDC ospedalieri, ambulatoriali e di servizi su cui calcolare l'indicatore.</p>
Fonte:	<p>Num: Flusso COAN</p> <p>Den: Flusso COAN</p>

Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato

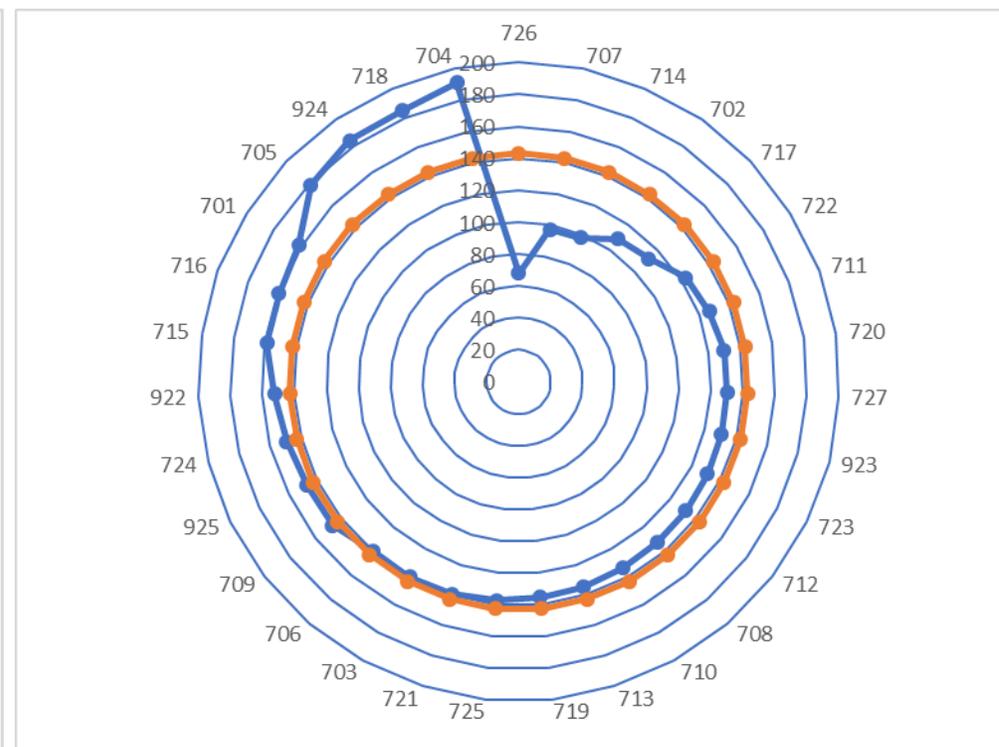
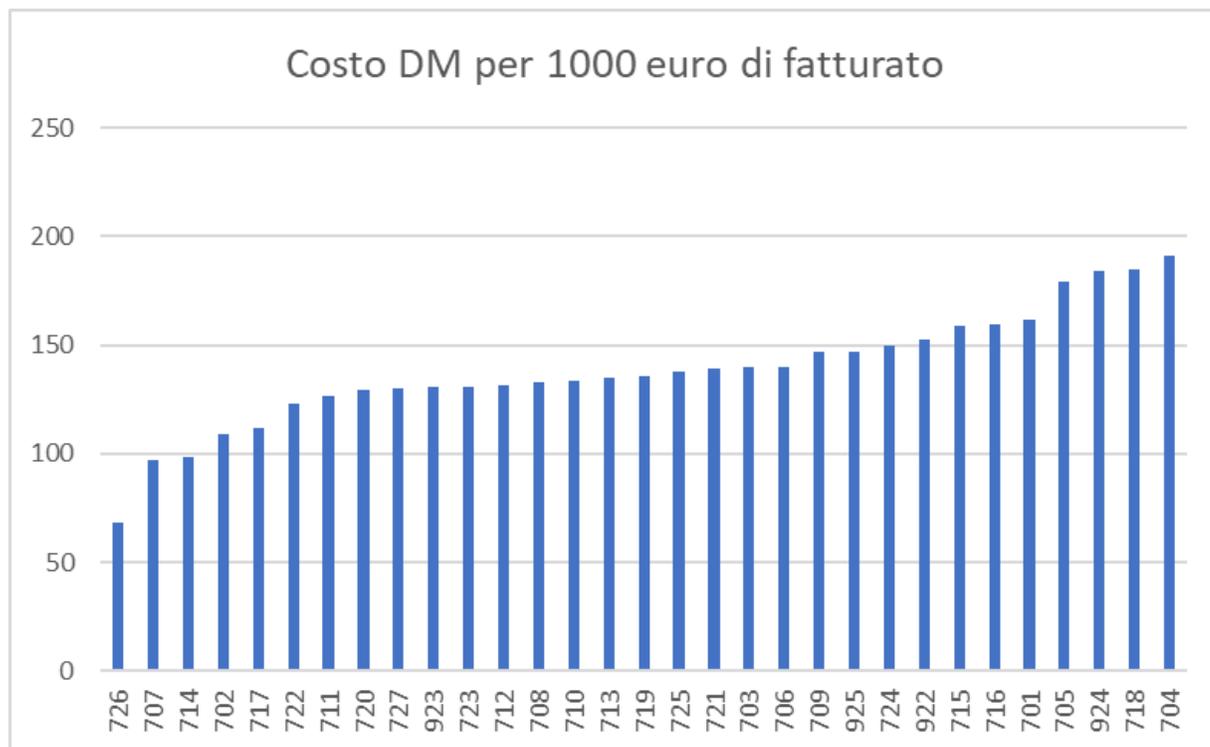
INDICATORE	PERIODO DI ANALISI	REPARTO
I14 - Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato	2016-4	26 - MEDICINA GENERALE



Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato



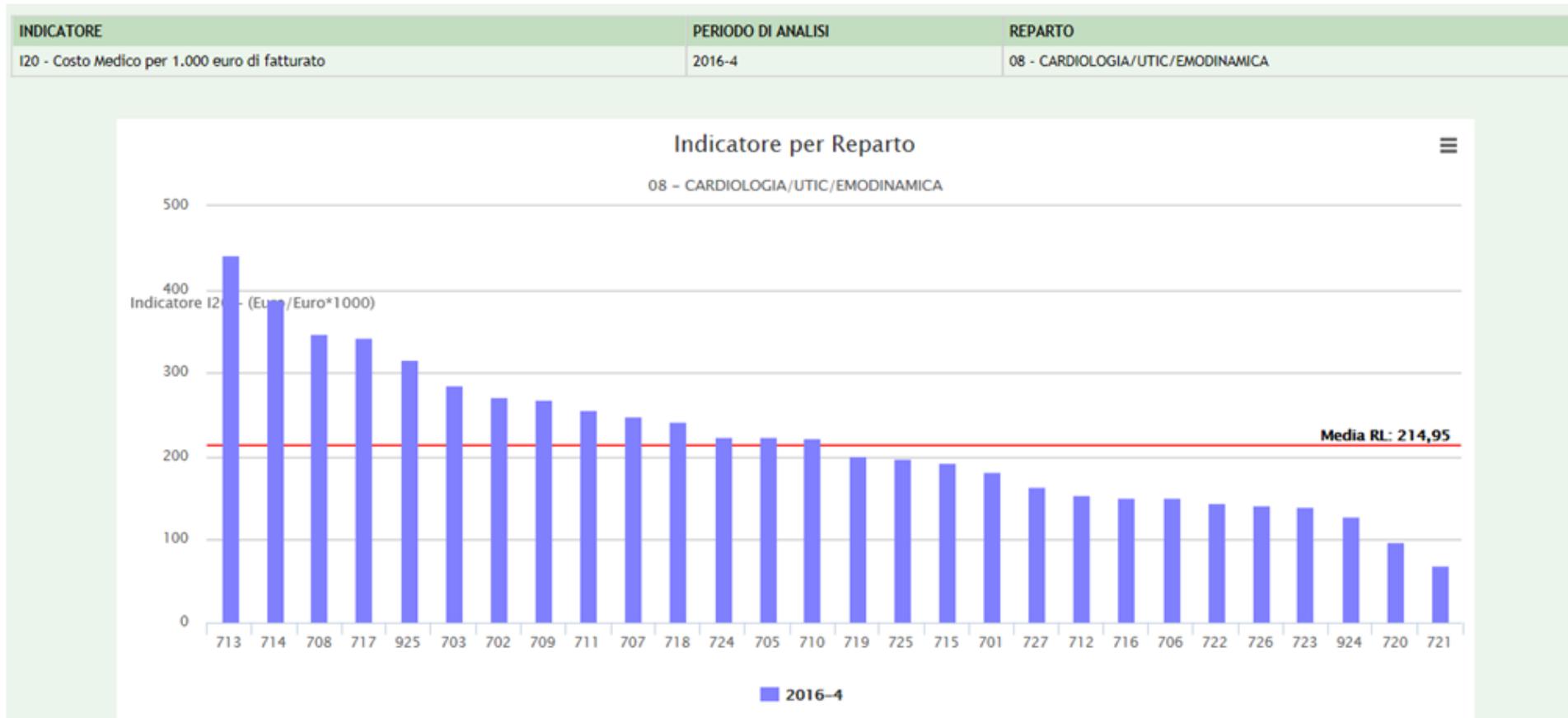
Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato valori aziendali



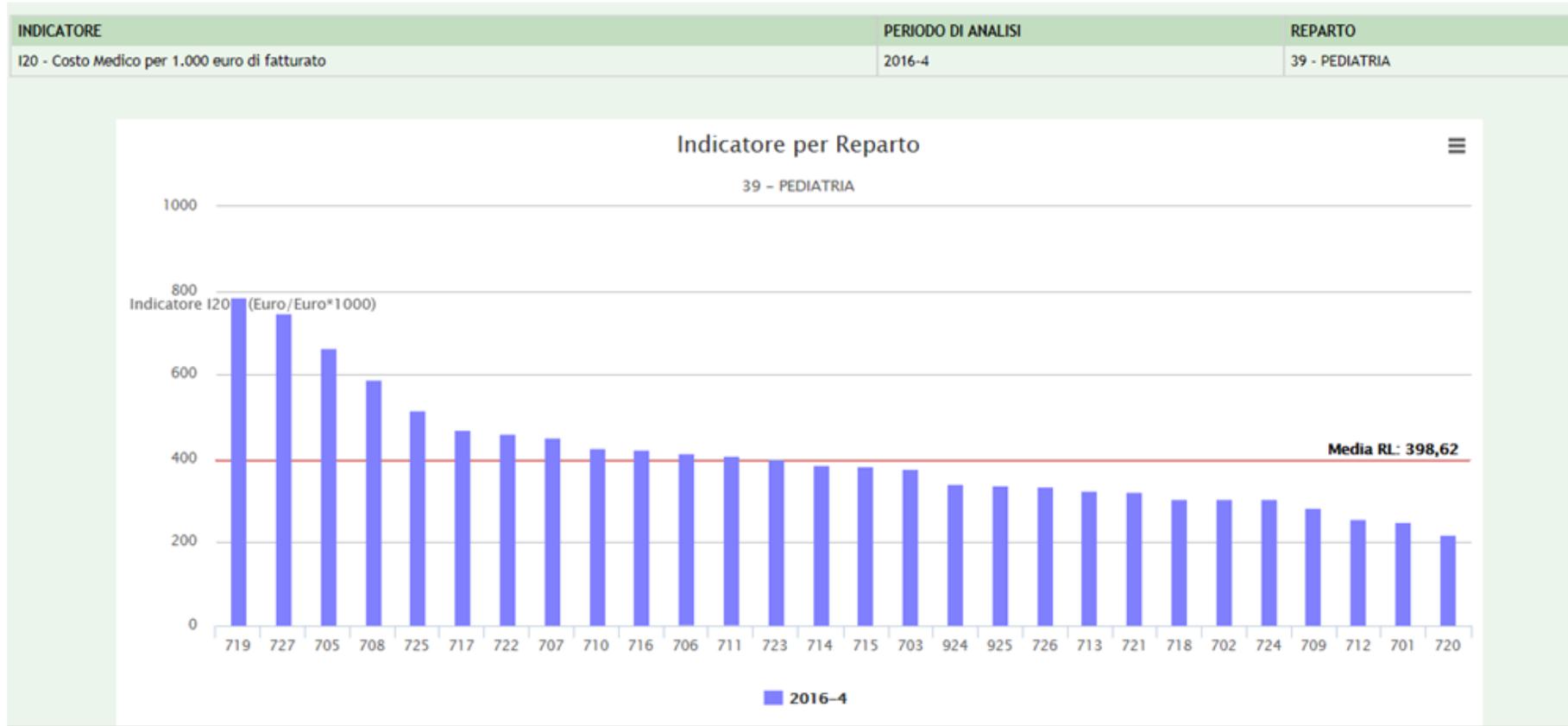
Indicatore I20: Costo Medico per 1.000 euro di fatturato

Definizione:	Costo Medico per 1.000 euro di fatturato
Numeratore:	Costo Personale Medico
Denominatore:	Fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale)
Formula:	Costo Personale Medico Fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale)
Note per l'elaborazione:	<p>Costi Personale Medico=> Deve essere rilevato l'importo in COAN e sommati i costi del personale¹ (dipendente, in collaborazione, in comando) dei Dirigenti Medici (708011010, 709011010, 710020010) e Dirigenti sanitari (708011510, 709011510), Specialisti Convenzionati 118 e SUMAI (702210020, 702210050), Medicina dei servizi (702210030), Altra Assistenza per medicina di base (702210040), Consulenze sanitarie da privato (712020020), Servizi in area Pagamento (712020080).</p> <p>Fatturato => Fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale) dei seguenti conti COAN, di tutti i cdc individuati nel file allegato.</p> <p>40601* (Fatturato DRG, Rimborso Protesi, Maggiorazioni tariffarie Legge 7), 4060200* (Prestazioni Ambulatoriali), 4060201* (Screening), 41305* da sommare solo quando calcolo l'indicatore a livello CDC, ma non a livello presidio/azienda.</p>
Livello Indicatore	<p>calcolato a livello azienda e di presidio e di Reparto.</p> <p>L'indicatore deve essere calcolato su un sottoinsieme di CDC di ospedaliera. Alcuni CDC sono messi insieme a formare un aggregato per i servizi (2061*+3050*). In allegato la lista dei CDC ospedalieri, ambulatoriali e di servizi su cui calcolare l'indicatore.</p>
Fonte:	Num: Flusso COAN Den: Flusso COAN

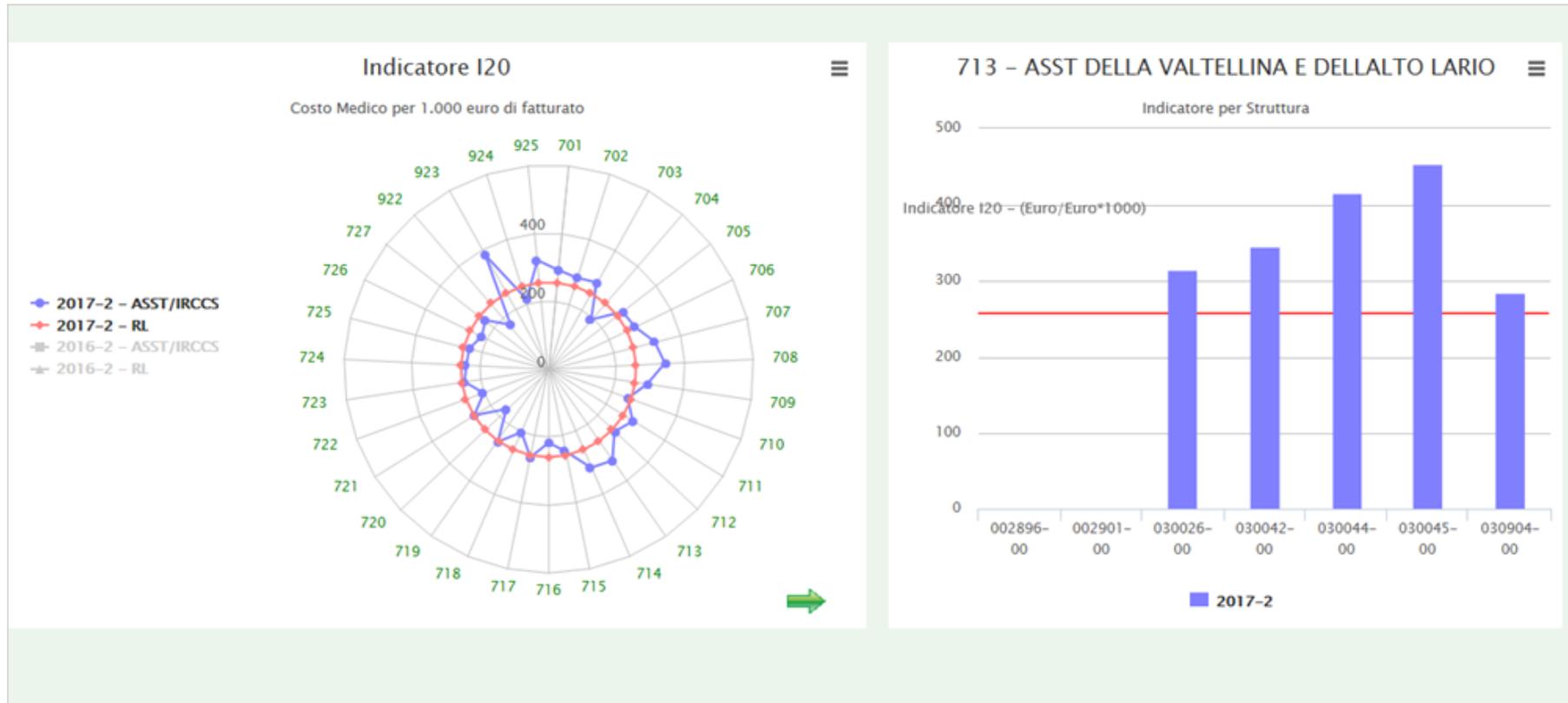
Costo Medici per 1.000 euro di fatturato



Costo Medici per 1.000 euro di fatturato



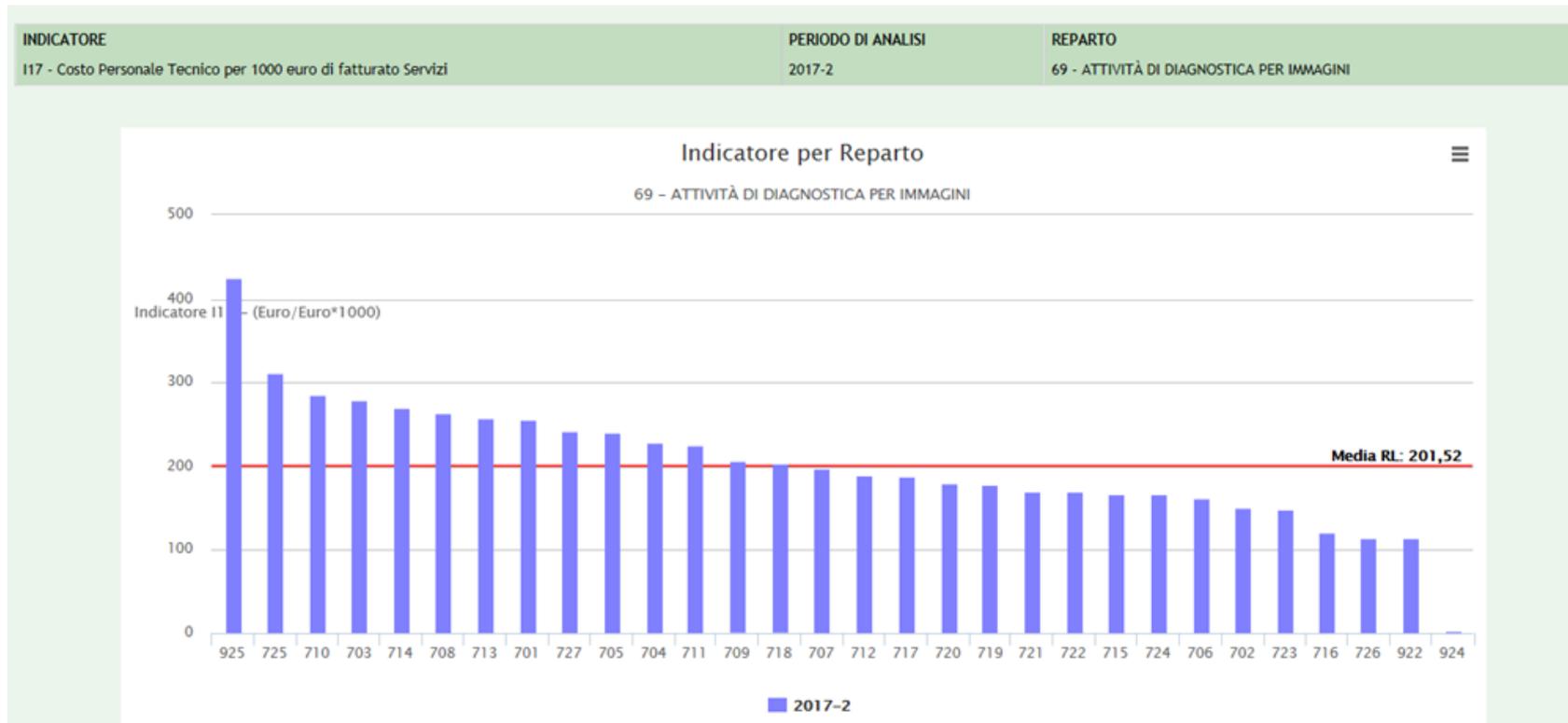
Costo Medici per 1.000 euro di fatturato



Indicatore I17: Costo Personale tecnico per 1.000 euro di fatturato Servizi

Definizione:	Costo Personale tecnico per 1.000 euro di fatturato Servizi
Numeratore:	Costo Personale Tecnico
Denominatore:	Fatturato Servizi per interni ed esterni
Formula:	costi Personale Tecnico Fatturato Servizi
Note per l'elaborazione:	<p>Costi Personale Tecnico Sanitario=> Deve essere rilevato l'importo in COAN del «Personale tecnico sanitario», «Personale tecnico sanitario (IRAP)» (dipendente e non), rilevato sui seguenti conti std: 708013510, 708013533, 709013510, 709013533.</p> <p>Fatturato Servizi per interni ed esterni => Fatturato dei seguenti conti COAN, di tutti i cdc individuati nel file allegato. 4060200* (Prestazioni Ambulatoriali), 4060201* (Screening), 41305*.</p>
Livello Indicatore	<p>calcolato a livello azienda e di presidio e di Reparto.</p> <p>Alcuni CDC sono messi insieme a formare un aggregato per i servizi (2061* + 3050*). In allegato la lista dei CDC di servizi su cui calcolare l'indicatore.</p>
Fonte:	<p>Num: Flusso COAN</p> <p>Den: Flusso COAN</p>

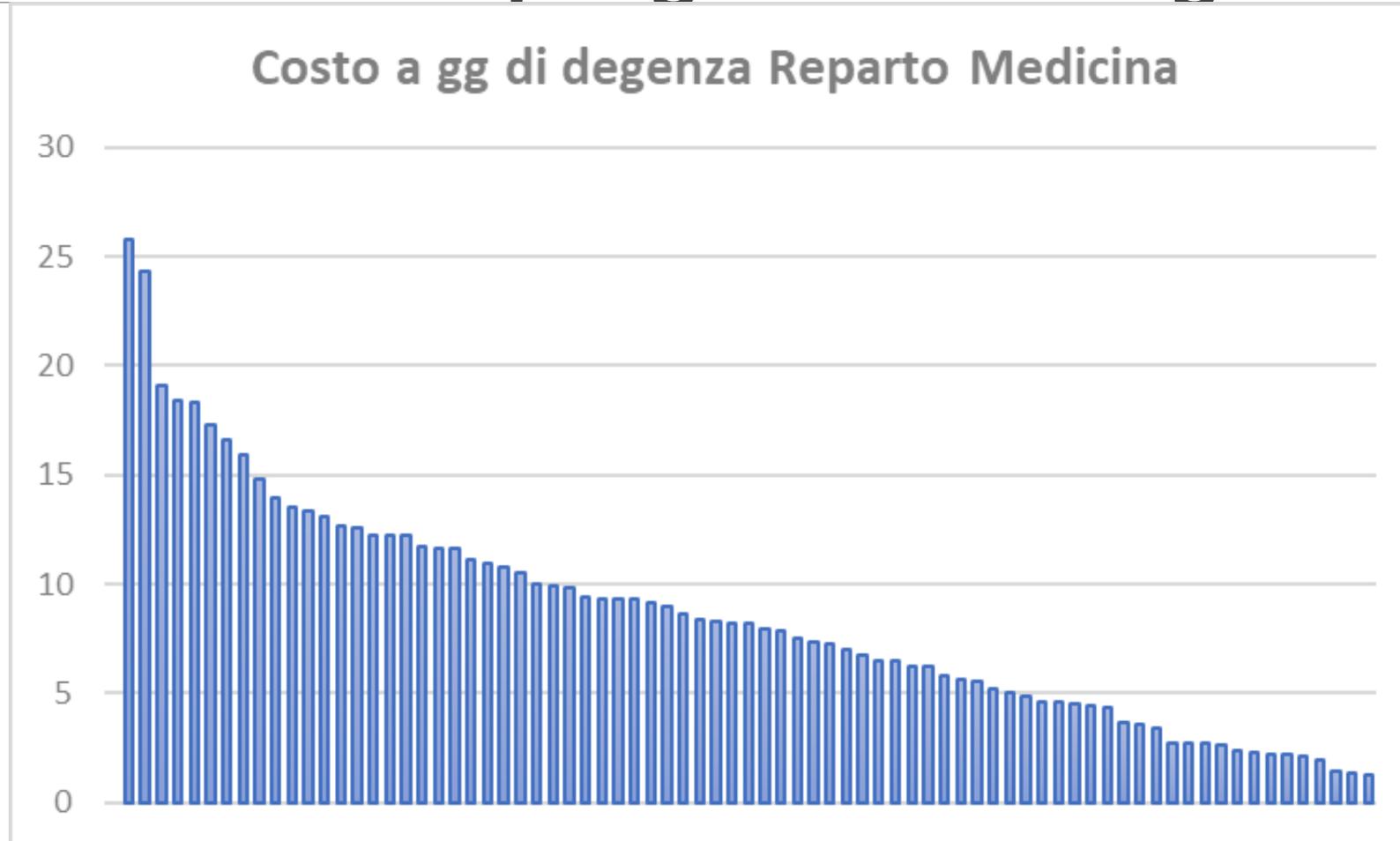
Costo tecnici per 1000 euro di fatturato radiologia



Costo Farmaci per giornata di degenza I05

Definizione:	costo consumo di farmaci a giornata di degenza pesate
Numeratore:	Consumo di farmaci.
Denominatore:	gg degenza attese e pesate
Formula:	Totale costi FARMACI al netto Ricavi File F, Doppio Canale, Primo ciclo gg degenza attese e pesate
Note per l'elaborazione:	<p>Costo Farmaci => Consumo di farmaci. Sono rilevati in COAN e sommati gli importi relativi ai seguenti conti COAN std di costo, sui CDC 302*303* e 304* (restano quindi escluse SubAcuti e Hospice) in cui tali importi sono caricati: 701010020 «Farmaceutici: Specialità Medicinali (altro: farmaci ospedalieri)», 701010070 «Farmaceutici: Specialità Medicinali SENZA AIC», 701010080 «Farmaceutici: Galenici e altri medicinali SENZA AIC», 701010100 «Farmaceutici: Specialità Medicinali da ATS/ASST/Fondazioni della Regione».</p> <p>gg degenza => Devono essere calcolate le giornate attese di degenza pesate per disciplina. Per pesare le giornate attese utilizzare la tabella transcodifica allegata.</p>
Livello Indicatore	calcolato a livello azienda e di presidio
Fonte:	Num: Flusso COAN Den: Flusso SDO

Costo Farmaci per giornata di degenza I05



Indicatori territoriali

Attività distrettuali
rivolte alla persona



Spesa per
abitante

Attività di prevenzione
rivolte alla persona



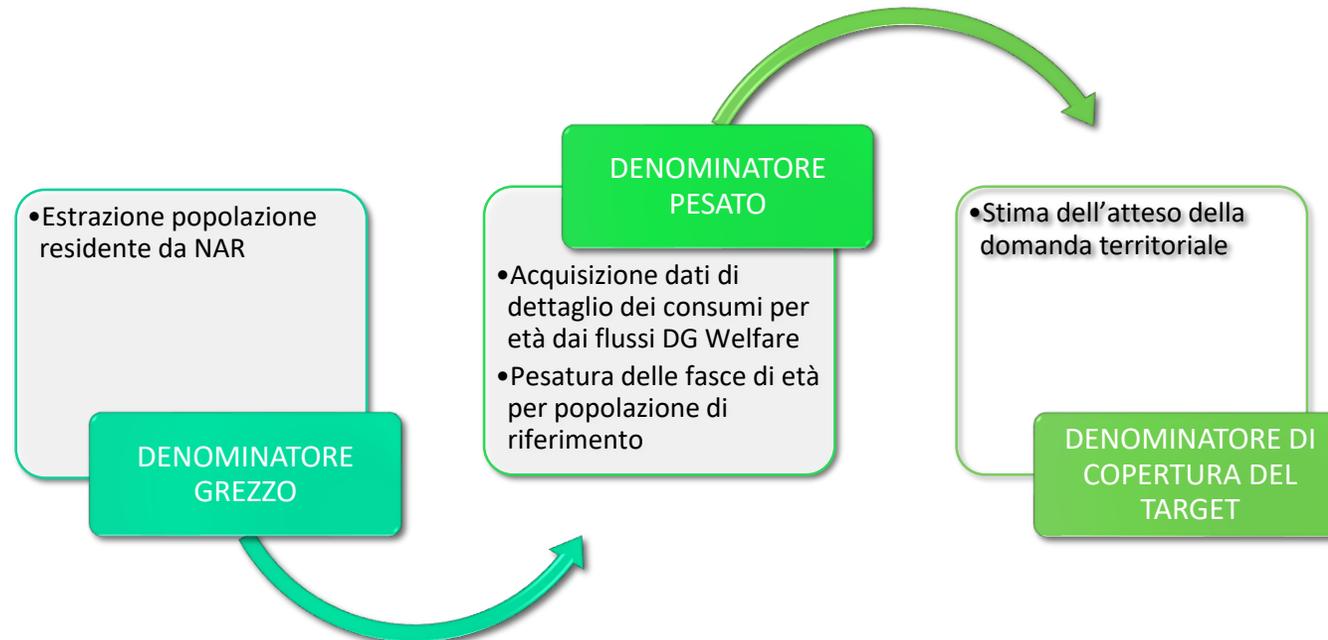
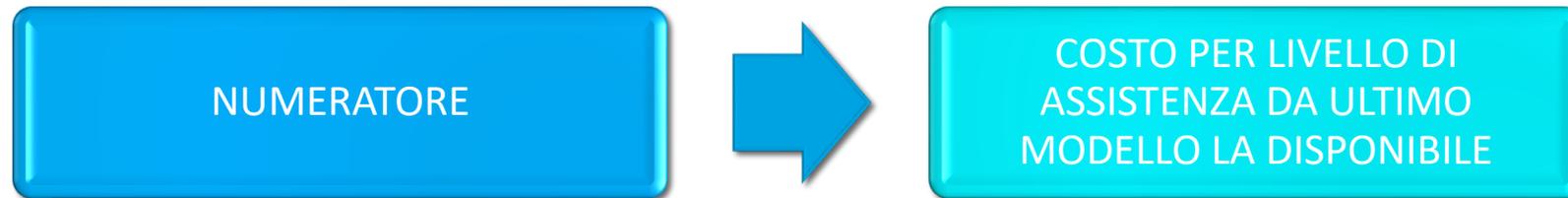
Spesa per
obiettivo

Attività di prevenzione
rivolte all'ambiente



Spesa per
domanda
ambientale

Per le attività rivolte alla persona



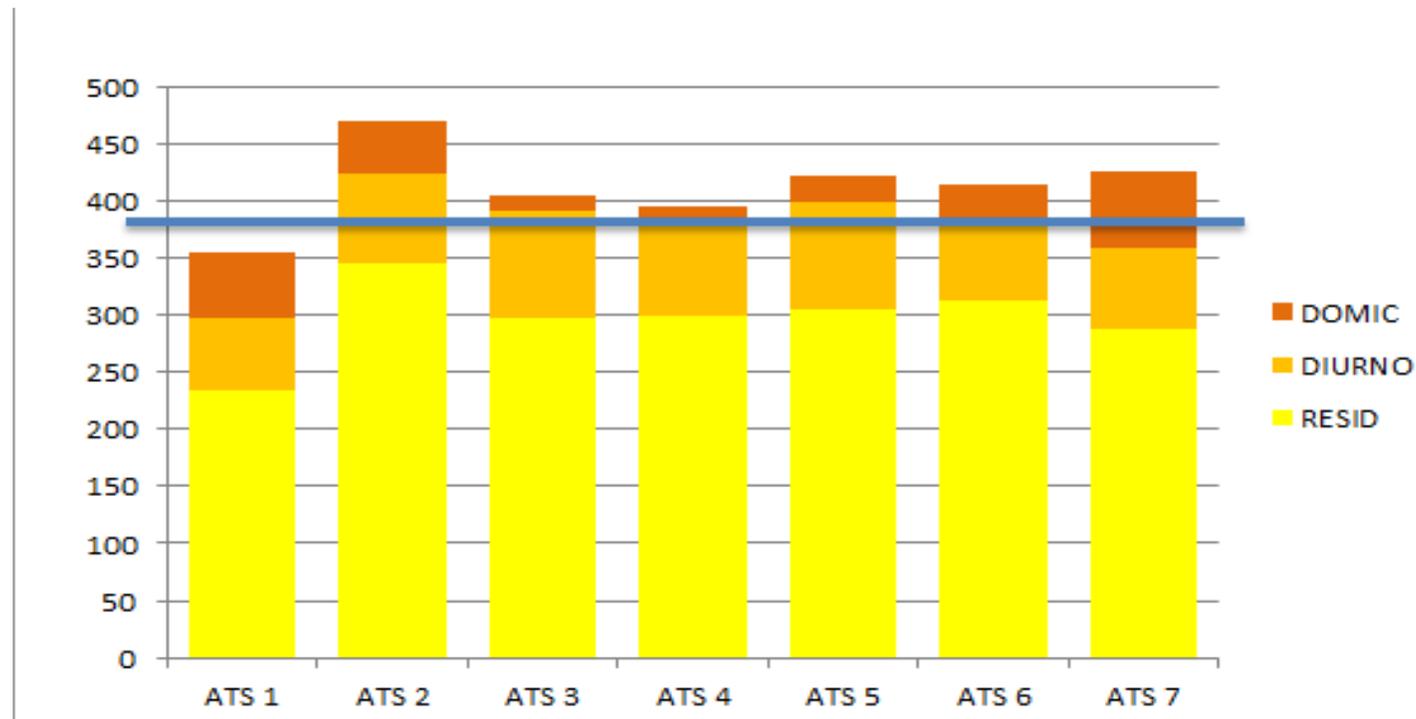
Rendere uniforme il mix di offerta

PARITA' DI SPESA NON SIGNIFICA EQUITA'



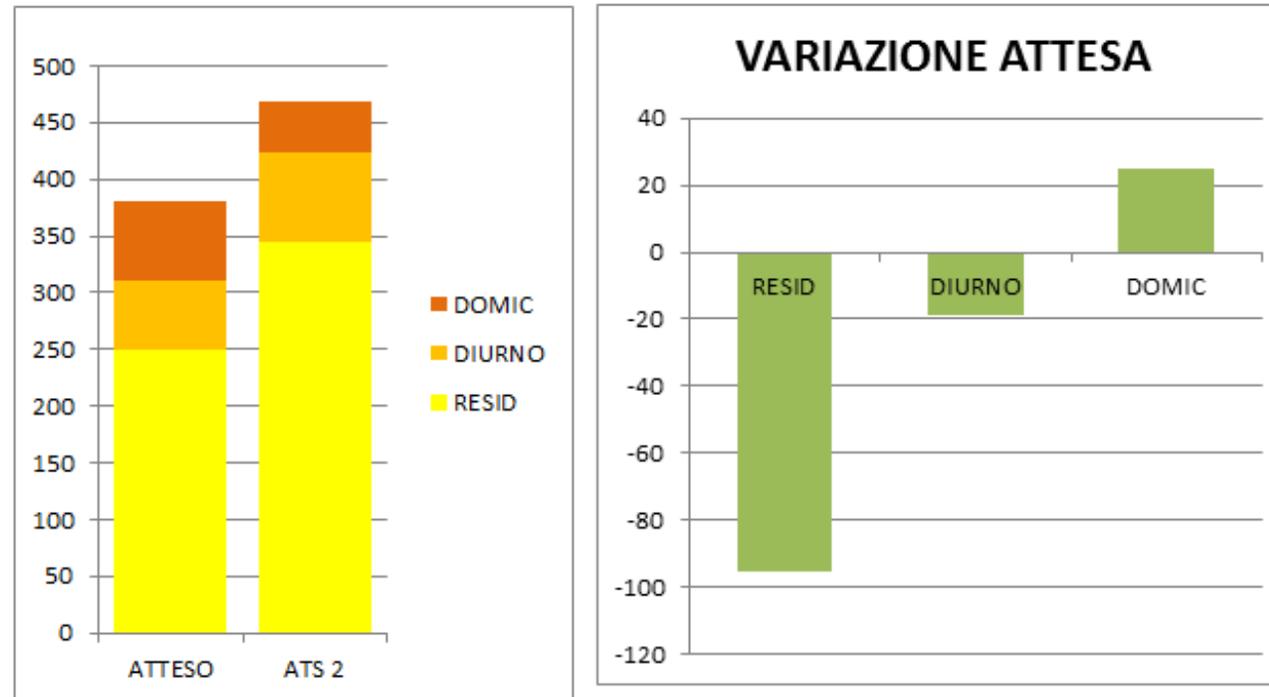
Rendere uniforme il mix di offerta

In alcuni casi (disabili, anziani, farmaceutica, etc.), l'indicatore viene ricomposto in un unico valore sommando l'articolazione dell'offerta nelle diverse tipologie. Questa rappresentazione può essere utile nella verifica dell'attuazione delle strategie regionali di contenimento della spesa e standardizzazione dell'offerta

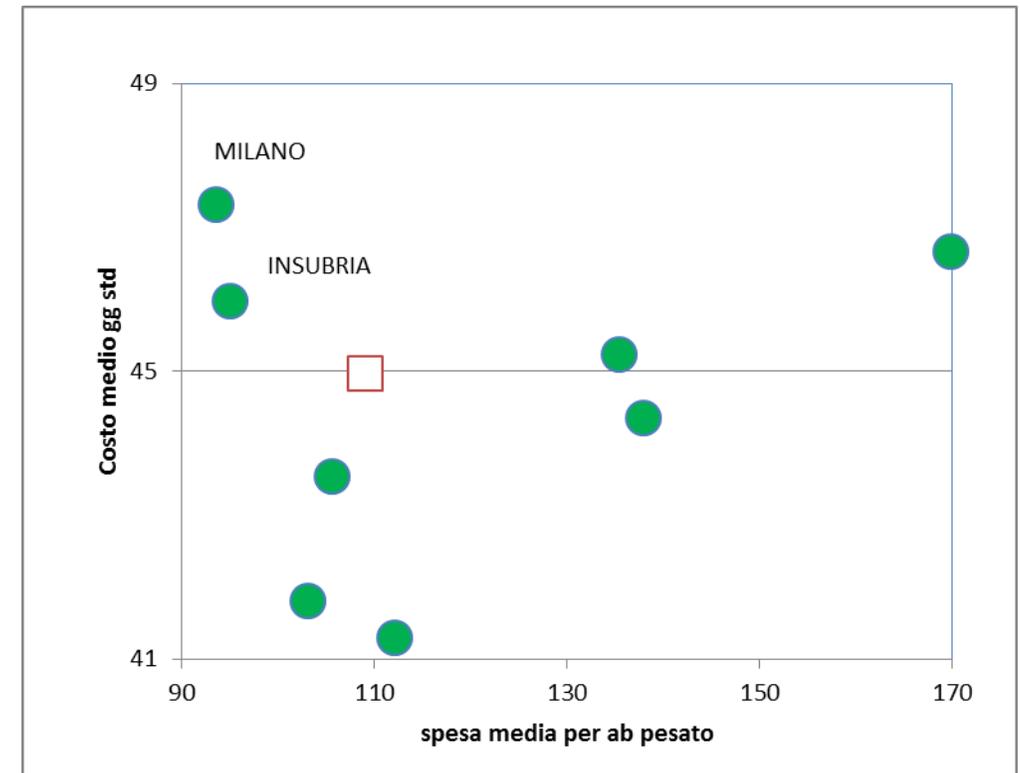
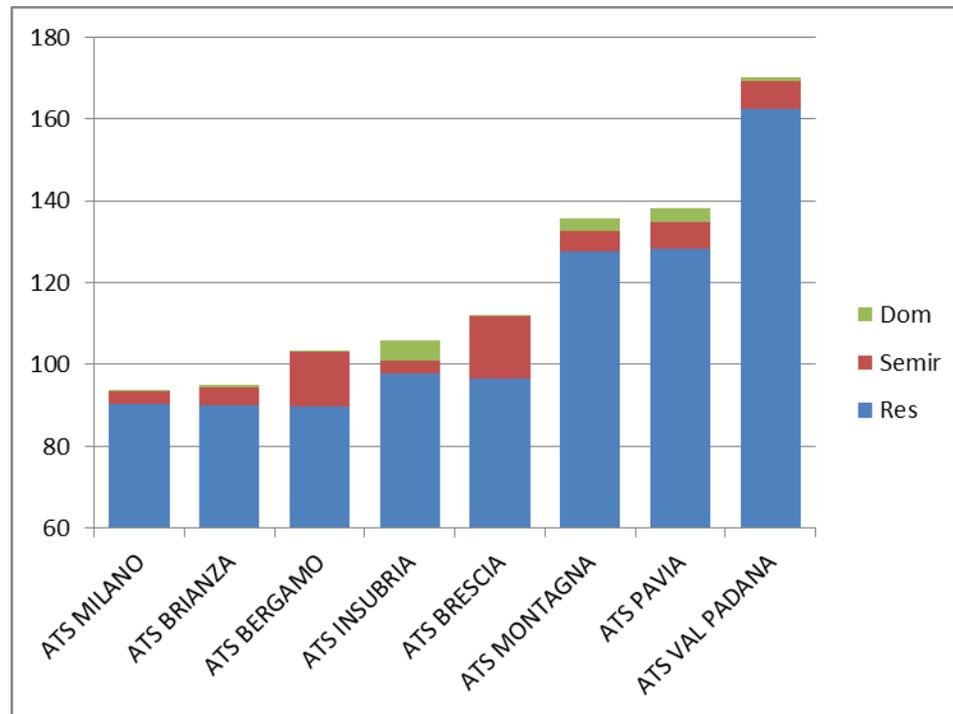


Rendere uniforme il mix di offerta

CONFRONTO TRA SPESA REALE E SPESA ATTESA (RELATIVA AD UN LIVELLO DI SPESA MEDIA) E MIX PIU' FAVOREVOLE ALL'ACCESSO AI SERVIZI



Costo Efficacia Trattamento Anziani





I Piani di rientro aziendali

Piani di rientro aziendali

Comma 525. Per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale o del Commissario ad acta, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524.

Per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, sono utilizzati i dati dei costi relativi al quarto trimestre 2015 e dei ricavi come determinati ai sensi del decreto di cui al comma 526; per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 526.

Piani di rientro aziendali

Comma 526. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef e sentita la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 524.

Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, anche tenendo conto di quanto previsto dal decreto sugli standard ospedalieri. Il decreto definisce, inoltre, le linee guida per la predisposizione dei piani di cui ai commi 529 e 530.

Piani di rientro aziendali

Comma 527. Entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, vengono apportati i necessari aggiornamenti agli schemi allegati al medesimo decreto legislativo, al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale delle voci di costo e di ricavo.

Comma 528. Gli enti con un scostamento tra costi e ricavi presentano alla Regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio.

Piani di rientro aziendali

Comma 529. Le regioni non in piano di rientro regionale, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani, la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale e le linee guida di cui al comma 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale.

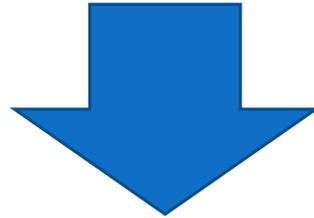
I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

Piani di rientro aziendali

Regione

Dati pre-consuntivo anno 2018	CEMIN 2018	rettifiche	aggiornament o modello ministeriale	Valore Servizi Territoriali	Modello al netto del Territorio
Prestazioni di Ricovero	3.401.355	- 302.630	3.098.725	-	3.098.725
Prestazioni ambulatoriale compresa NPI	1.708.150	- 70.853	1.637.297	122.201	1.515.096
Prestazioni di Psichiatria	193.706	-	193.706	193.706	-
Altre Prestazioni (compreso File F)	1.355.675	- 1.486	1.354.189	220.544	1.133.644
ricavi da prestazione	6.658.886	-374.969	6.283.917	536.451	5.747.466
Altri ricavi	1.257.638	-	1.257.638	-	1.257.638
Contributi e Funzioni	2.602.076	91.031	2.693.107	229.908	2.463.200
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	10.518.600	-283.937	10.234.663	766.359	9.468.304

Perché nel modello a tariffe del ministero si abbassa e alza fatturato?



Tariffe differenti

Applicazione delle tariffe ministeriali

	ricovero	protesi	tariffe lombardia	tariffe ministero	delta
pubblici	3.348 mln	52 mln	3.401 mln	3.099 mln	8,9%
privati	2.116 mln	67 mln	2.183 mln	1.962 mln	10,1%
	5.464 mln	119 ml	5.584 mln	5.061 mln	9,4%

Quali specialità valgono di più in Lombardia

	Ricovero	Protesi	Tariffe Lombardia	Tariffe Ministero	Delta %
CARDIOLOGIA	306 mln	28 mln	334 mln	267 mln	20%
OSTETRICIA	286 mln		286 mln	229 mln	20%
PSICHIATRIA	64 mln		64 mln	40 mln	40%
RIABILITAZIONE	142 mln		142 mln	120 mln	15%
PEDIATRIA	103 mln		103 mln	86 mln	16%
CHIRURGIA	422 mln		422 mln	407 mln	4%
NIDO	51 mln		51 mln	39 mln	22%

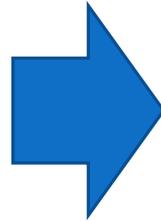
Quali specialità valgono meno in Lombardia

	Ricovero	Protesi	Tariffe Lombardia	Tariffe Ministero	Delta %
ONCOLOGIA	62 ml		62 ml	64 ml	-3%
UROLOGIA	104 ml	1 ml	105 ml	107 ml	-2%
CARDIOCHIRURGIA	92 ml	2 ml	94 ml	98 ml	-4%
NEUROCHIRURGIA	112 ml	2 ml	114 ml	118 ml	-3%
ORTOPEDIA	287 ml	12 ml	299 ml	305 ml	-2%

Aggiornamento delle tariffe

IN 10 ANNI:

Sistema tariffario
DRG non
aggiornato dal
2007



NUOVE TECNOLOGIE
DIVERSI APPROCCI (PERCUTANEO,
LAPAROSCOPICO, ROBOT ASSISTITO)
RIDUZIONE DELLE DEGENZE
DEOSPEDALIZZAZIONE (BIC/MAC)

Sistema tariffario
ambulatoriale
Nuovi Lea
In discussione



STIME SVILUPPATE SENZA COSTI
SPOSTAMENTO DI PESI PER QUADRARE COSTI
SOTTOVALUTAZIONE DISPOSITIVI

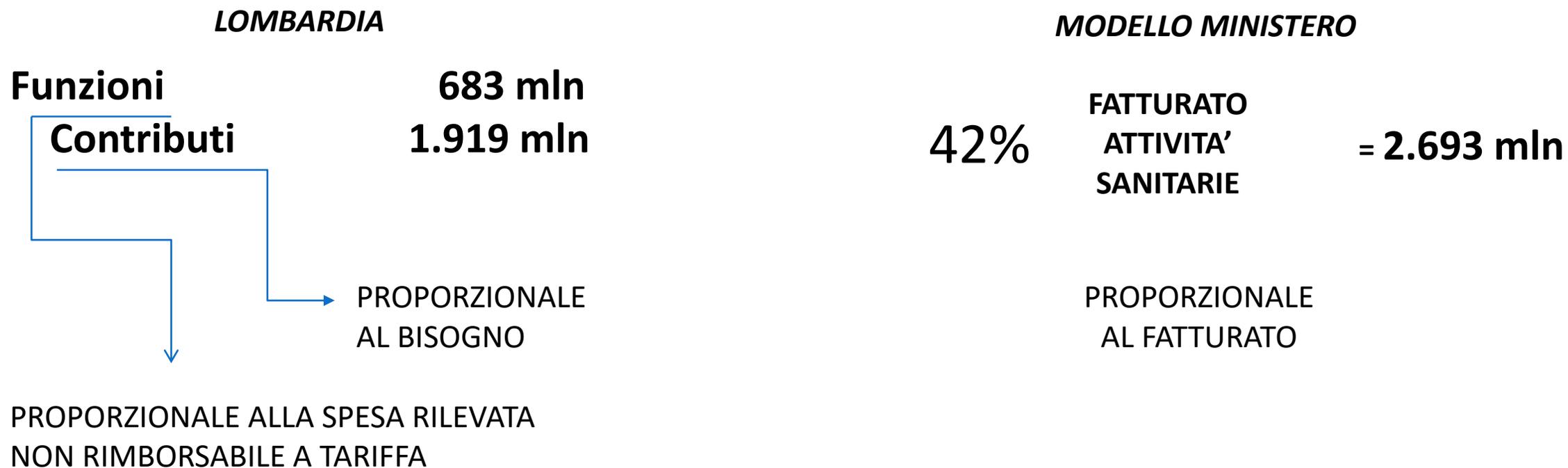


CONSIDERATA ATTIVITA' RESIDUALE



CONCORRENZA DEL PRIVATO

Funzioni e contributi



Ulteriori peculiarità delle Aziende Lombarde

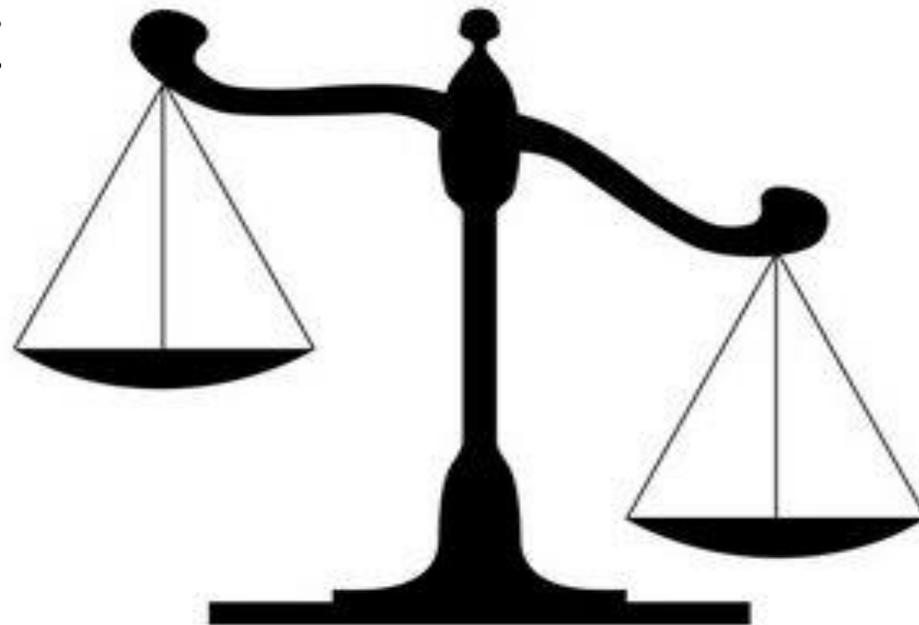
La prima applicazione del modello si è attuata in vigore della L.R. 31, secondo la quale afferivano alla AO costi di attività e strutture che non sono tipiche delle AO ai sensi del DLgs 29/99:

- Psichiatria: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale di continuità (CPS) e servizi correlati
- Neuro Psichiatria infantile: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale di continuità (UONPIA) e servizi correlati
- Specialistica ambulatoriale erogata in presidi extra-ospedalieri: clinica, laboratorio, diagnostica per immagini
- Programmi di screening e campagne vaccinali;
- Sanità Penitenziaria (in quanto finanziata con contributi specifici scartati nella metodologia ministeriale);
- Hospice e strutture riabilitative extra-ospedaliere.

Ospedale e territorio

RICAVO TERRITORIALE

PSICHIATRIA
AMBULATORIALE



COSTO TERRITORIALE

PSICHIATRIA
AMBULATORIALE

Risultato ASST Monza pre-cons 2018

ASST DI MONZA

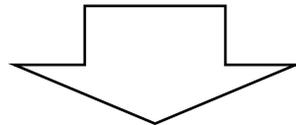
Dati pre-consuntivo anno 2018	CEMIN 2018	rettifiche	aggiornament o modello ministeriale	Valore Servizi Territoriali	Modello al netto del Territorio
Prestazioni di Ricovero	172.793	- 21.207	151.586	-	151.586
Prestazioni ambulatoriale compresa NPI	93.475	- 1.626	91.849	5.948	85.901
Prestazioni di Psichiatria	7.362	-	7.362	7.362	-
Altre Prestazioni (compreso File F)	81.340	496	81.836	3.248	78.588
ricavi da prestazione	354.970	-22.337	332.633	16.558	316.075
Altri ricavi	60.591	-	60.591	-	60.591
Contributi e Funzioni	92.827	49.730	142.557	7.096	135.461
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	508.388	27.393	535.781	23.654	512.127
Costi gestione caratteristica	509.980		509.980	91.518	418.462
Attivo gestioni straordinarie	- 1.754	1.754	-	-	-
Passivo gestioni straordinarie	162	- 162	-	-	-
Costi project finance					- 1.098
TOTALE COSTI	508.388	1.592	509.980	91.518	417.364
RISULTATO ECONOMICO	-		25.801	-67.863	94.763
Scostamento %	0%		-5%		-19%

Monitoraggio Piani di rientro

Nota congiunta Ministero Salute e MEF

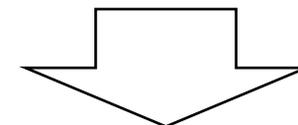
1. Analisi della situazione economico gestionale del triennio precedente
2. Definizione delle strategie per il riequilibrio
3. Conto Economico Tendenziale e Programmatico
4. Strumenti di monitoraggio

oggetti



Costo medio per profilo
FTE per profilo
Stima delle cessazioni/scadenze
Acquisto di servizi sanitari
Spesa farmaceutica
Spesa dispositivi

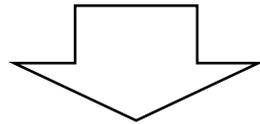
strumenti



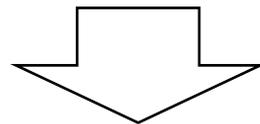
Flussi gestionali
Flussi economico finanziari
Contabilità analitica

Bilancio di presidio

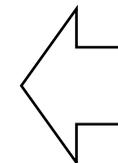
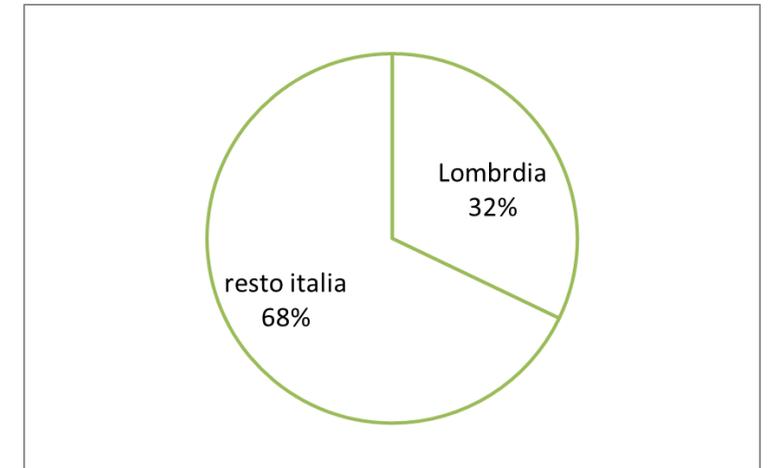
Le Aziende Ospedaliere monitorate nel 2015 e nel 2016 erano 110 di cui 35 in Lombardia.



Il meccanismo dei piani di rientro potrebbe essere esteso ad ASL e presidi ospedalieri (con diverse metodologie e soglie)



Bilanci di presidio



Contabilità analitica

Prospettive future CO.AN.

Contabilità per
centri di costo



Costo per ricovero

Costo standard
dei fattori
produttivi

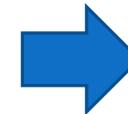


Risparmio



Costo per patologia

Costo standard
della patologia



Razionalizzazione