



Il sistema di programmazione e controllo: governo delle risorse, performance e miglioramento.

Franco Ripa
Dirigente medico
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva – Igiene ed Organizzazione i Servizi Ospedalieri
Direttore Struttura Complessa
Programmazione e Controllo di Gestione
ASL TORINO 4

Franco Ripa 1



Le domande...



- Come **arrivano le risorse** alla Azienda e alle mia struttura?
- Come posso **utilizzare le risorse** nel modo migliore?
- Come posso sapere se le mie **performance sono buone** e come posso **migliorarle**?

Franco Ripa 3

Obiettivi



Come arrivano le risorse...
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare le caratteristiche del sistema di finanziamento nel SSN
- Descrivere le modalità di finanziamento a quota capitaria
- Descrivere le caratteristiche del sistema tariffario

Franco Ripa 4

Obiettivi



Come utilizzare le risorse nel modo migliore
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare il concetto di organizzazione
- Illustrare il modello di riferimento per l'analisi della organizzazione
- Definire la logica del controllo manageriale

Franco Ripa 5

Obiettivi



Come valutare le performance e, se necessario, come migliorarle...
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Definire il concetto di performance
- Illustrare la metodologia dell'audit
- Descrivere l'applicazione dell'audit in ambito di utilizzazione delle risorse (utilization review)

Franco Ripa 6

Le domande...



Franco Ripa

7



1. Come arrivano le risorse alla Azienda e alla Struttura?

Franco Ripa

8

Obiettivi



Come arrivano le risorse...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare le caratteristiche del sistema di finanziamento nel SSN
- Descrivere le modalità di finanziamento a quota capitaria
- Descrivere le caratteristiche del sistema tariffario

Franco Ripa

9

Obiettivi



Come arrivano le risorse...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare le caratteristiche del sistema di finanziamento nel SSN
- Descrivere le modalità di finanziamento a quota capitaria
- Descrivere le caratteristiche del sistema tariffario

Franco Ripa

10

Il caso esemplare

- **1987**: il Parlamento dell'Oregon decide di sospendere la copertura finanziaria per i trapianti di fegato, pancreas, cuore e midollo osseo.
- Dopo circa 6 mesi un ragazzino di 7 anni di nome Coby Howard morì di leucemia linfocitica acuta dopo aver inutilmente cercato di ottenere un trapianto di midollo attraverso il programma Medicaid.
- Sua madre raccolse 80.000 dei 100.000\$ necessari per le cure ospedaliere prima che il figlio morisse.
- Sotto gli occhi delle cineprese si vide morire il bambino per il bisogno di una procedura medica che sarebbe stata disponibile pochi mesi prima.

Franco Ripa



Efficienza?

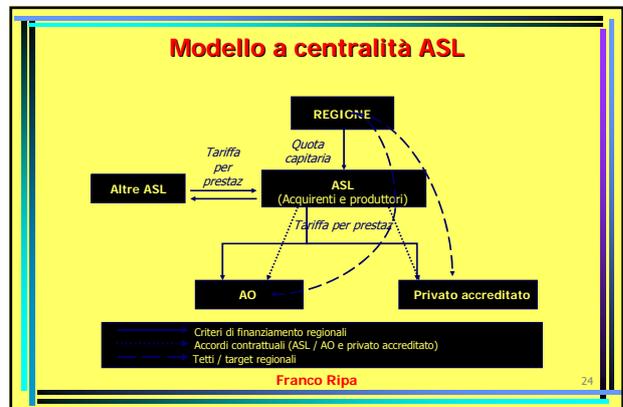
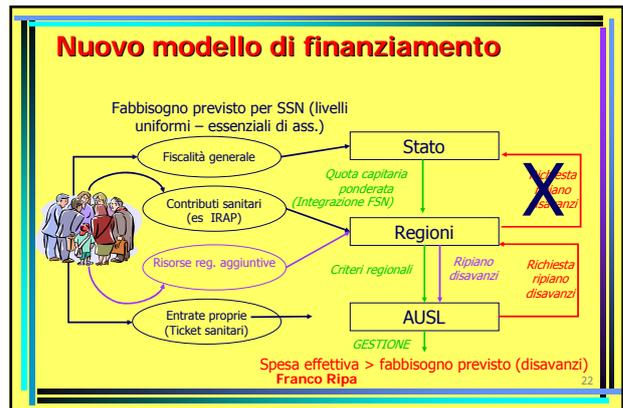
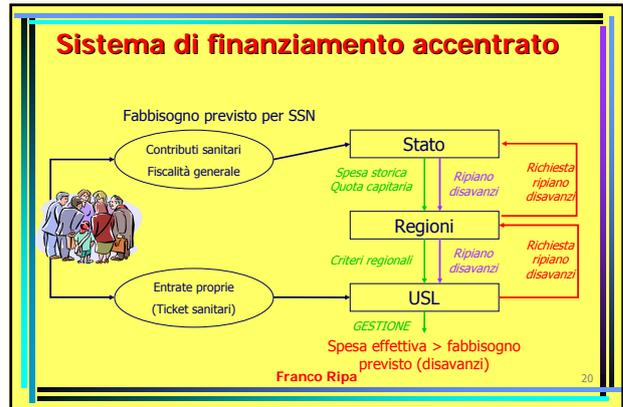
Il livello della spesa sanitaria è sempre stato maggiore del livello del finanziamento, causando una situazione di costante disavanzo



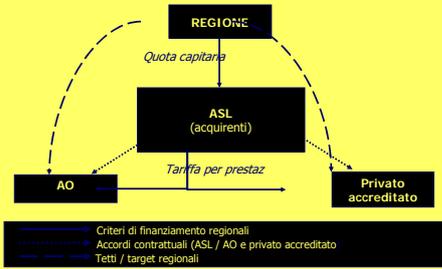
Franco Ripa

Fonte: RGSEP (miliardi euro)

12



Modello separazione acquir. / fornitore



Franco Ripa

25

ASL: tutela



ASO: produzione

Franco Ripa

26



Franco Ripa

La nuova organizzazione della aziende sanitarie locali, in vigore dal 1° gennaio 2008 prevede la seguente articolazione:

NUOVE ASL	ACCORPAMENTI (vecchie Asl)
TO1	ASL1 + ASL 2
TO2	ASL 3 + ASL 4
TO3 (Rivoli, Collegno)	ASL 5 + ASL 10
TO4 (Cirié, Chivasso, Ivrea)	ASL 6 + ASL 7 + ASL 9
TO5 (Chieri)	ASL 8
VC	ASL 11 (Vercelli)
BI	ASL 12 (Biella)
NO	ASL 13 (Novara)
VCO	ASL 14 (Vco)
CN1 (Cuneo, Mondovì, Savigliano)	ASL 15 + ASL 16 + ASL 17
CN2	ASL 18 (Alba-Bra)
AT	ASL 19 (Asti)
AL (Alessandria, Casale Monferrato, Novi)	ASL 20 + ASL 21 + ASL 22

ASO...

AZIENDE OSPEDALIERE E PRESID OSPEDALIERI AFFERENTI

C.T.O. Maria Adelaide di Torino

- Centro Traumatologico Ortopedico di Torino
- Istituto Ortopedico Maria Adelaide di Torino
- Centro di Riabilitazione Funzionale

O.I.R.M./S. Anna di Torino - Infantile Regina Margherita di Torino

- S. Anna di Torino

S. Croce e Carle di Cuneo

- S. Croce e Carle di Cuneo

SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

- SS. Antonio e Biagio di Alessandria
- Infantile Cesare Arrigo di Alessandria
- Teresio Borsalino di Alessandria

Ordine Mauriziano di Torino

- Umberto I di Torino
- Istituto per la ricerca e la cura del cancro (IRCC) di Candiolo

Franco Ripa

29

AOU...

AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA E PRESID OSPEDALIERI AFFERENTI

San Giovanni Battista di Torino

- San Giovanni Battista Molinette di Torino
- San Giovanni antica sede di Torino
- Dermatologico San Lazzaro di Torino
- San Vito di Torino

San Luigi di Orbassano

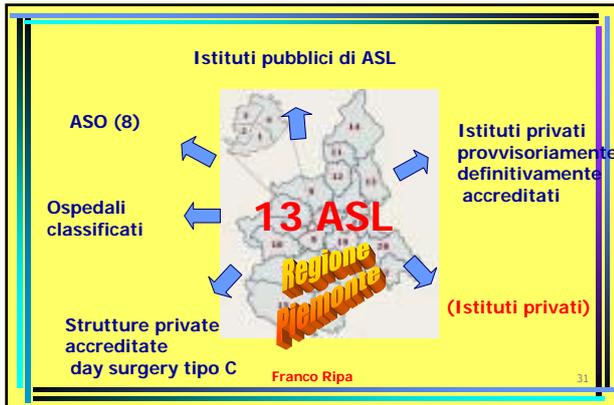
- San Luigi di Orbassano

Maggiore della Carità di Novara

- Maggiore della Carità di Novara
- Galliate

Franco Ripa

30



Le missioni di ASL ed ASO

Azienda Sanitaria Locale	Azienda Sanitaria Ospedaliera
<p>Il soddisfacimento dei bisogni di salute della Comunità locale, perseguito attraverso la garanzia dei livelli essenziali di assistenza</p> <p>...direttamente attraverso la produzione e la erogazione di prestazioni</p> <p>...indirettamente attraverso l'acquisto di prestazioni da un sistema di soggetti esterni accreditati e remunerati su base tariffaria</p>	<p>La risposta a specifici bisogni di salute, erogando prestazioni e servizi</p> <p>di diagnosi e cura in quantità e qualità coerente con la domanda</p>

Franco Ripa 32

Obiettivi

Come arrivano le risorse...
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare le caratteristiche del sistema di finanziamento nel SSN
- *Descrivere le modalità di finanziamento a quota capitaria*
- Descrivere le caratteristiche del sistema tariffario

Franco Ripa 33

La quota capitaria

- La quota capitaria è una modalità di ripartizione delle risorse sanitarie basata sulla definizione di una **parametro monetario pro-capite per cittadino**,
- stabilita a livello centrale sulla scorta di coefficienti parametrici ed in riferimento a predefiniti **livelli uniformi/essenziali di assistenza**.

Franco Ripa 34

QC...semplice e pesata

- La quota capitaria in prima battuta s'ispira al principio di assegnare le risorse al bisogno, misurato dalla dimensione della popolazione di riferimento (**quota capitaria semplice**).
- Il bisogno di assistenza sanitaria si differenzia anche in relazione alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione e questa constatazione si traduce in azioni per correggere/ponderare il criterio capitario semplice (**quota capitaria pesata**).

Franco Ripa 35

Livelli essenziali di assistenza (2001)

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, **gratuitamente** o in **compartecipazione**, grazie alle risorse raccolte attraverso il **sistema fiscale**

↓

DPCM 29 novembre 2001

Franco Ripa 36



- ### LEA: Prestazioni totalmente escluse
- interventi di chirurgia estetica
 - circoncisione rituale maschile
 - medicine non convenzionali
 - vaccinazioni eseguite in occasione di soggiorni all'estero
 - certificazioni mediche richieste per un interesse prevalentemente privato (escluse quelle per la riammissione a scuola o al lavoro e quelle per l'attività sportiva effettuata nell'ambito della scuola)
 - prestazioni di fisioterapia ambulatoriale richieste per problemi transitori o di scarso rilievo
- Franco Ripa
- 38

- ### LEA: Prestazioni parzialmente escluse
- ✓ principio dell'**appropriatezza** clinica e organizzativa:
 - ✓ stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica)
 - ✓ regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento ed alle condizioni del paziente.
 - ✓ alcune prestazioni:
 - ✓ assistenza odontoiatrica e protesica
 - ✓ densitometria ossea (MOC)
 - ✓ medicina fisica e riabilitazione
 - ✓ chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri.
- Franco Ripa
- 39

- ### LEA: Procedure a rischio di inappropriately
- 43 interventi e procedure "ad alto rischio di inappropriately" (organizzativa)
 - interventi spesso eseguiti in ricovero ordinario quando, per la loro relativa semplicità di esecuzione, potrebbero essere eseguiti in day hospital o in day surgery (dalla decompressione del tunnel carpale, alla legatura e stripping di vene, all'asportazione delle tonsille e delle adenoidi)
 - Regioni incaricate di individuare un "valore percentuale/soglia di ammissibilità" ed adottare gli interventi opportuni per ricondurre il numero dei ricoveri entro la soglia stabilita
- Franco Ripa
- 40

- ### I nuovi LEA 2008
- Il DPCM del 2008 e gli allegati che ne costituiscono parte integrante individuano tre livelli essenziali di assistenza articolati in attività, servizi e prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale:
 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica
 - Assistenza distrettuale
 - Assistenza ospedaliera
- Franco Ripa
- 41



Andamento della quota capitaria nel periodo 1994-2000



2008 circa 1500 euro

Franco Ripa

43

Finanziamento ASL e ASO Reg. Piemonte (2008)

AZIENDE SANITARIE LOCALI

TO 1: 819.771.483
TO 2: 715.244.729
TO 3: 850.629.223
TO 4: 752.495.512
TO 5: 437.212.694
VC: 317.308.178
BI: 275.459.721
NO: 477.062.564
VCO: 296.797.000
CN 1: 643.481.859
CN 2: 242.205.000
AT: 354.524.979
AL: 728.253.377
TOTALE ASL: 6.910.446.2790

AZIENDE OSPEDALIERE e OPEDALIERO-UNIVERSITARIE

901 - S. Giovanni Battista di Torino: 115.776.000
902 - CTO - M. Adelaide di Torino: 90.532.943
903 - OIRM - S. Anna di Torino: 69.565.904
904 - S. Luigi di Orbassano: 40.043.764
905 - Maggiore della Carità di Novara: 43.315.000
906 - S. Croce e Carle di Cuneo 28.250.782
907 - SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria: 45.518.376
908 - Ordine Mauriziano di Torino: 48.547.000
TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE E OSP-UNIVERSITARIE: 541.549.769

Franco Ripa

44

Obiettivi



Come arrivano le risorse...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare le caratteristiche del sistema di finanziamento nel SSN
- Descrivere le modalità di finanziamento a quota capitaria
- Descrivere le caratteristiche del sistema tariffario

Franco Ripa

45

Il sistema tariffario

- Il meccanismo tariffario e le tariffe hanno l'obiettivo di collegare il finanziamento a quota capitaria all'attività prodotta, per rendere coerenti i costi di produzione con le tariffe e stimolare una lettura più analitica dell'attività svolta.
- Il sistema tariffario, in particolare, permette di valorizzare le singole attività/prestazioni/casi trattati e, attraverso la modulazione e variazione in aumento o in diminuzione delle tariffe, di modificare le convenienze dei diversi soggetti erogatori.

Franco Ripa

46

Tipologie di remunerazione dei produttori



Tipologia di prestazione	Pagamento
Ric. ordinario	Tariffa DRG
Ric. day hospital	Tariffa DRG
Pronto Soccorso	Accesso e prestazioni
Lungodegenza	Giornata di degenza
Riabilitazione	Giornata di degenza
Prest. ambulatoriali	Tariffa per prestazione (ticket)

Franco Ripa

47

Le tipologie di flussi per le tariffe

- SDO:** Ricoveri ordinari e day hospital
- B:** Medicina di base a residenti in altre Aziende
- C:** Specialistica ambulatoriale
- C2:** Prestazioni DEA/PS
- C4:** Prestazioni erogate durante il ricovero ospedaliero
- C5:** Prestazioni a fatturazione e pagamento diretto tra Aziende
- D:** Assistenza farmaceutica a residenti in altre Aziende
- F:** Somministrazione diretta di farmaci per cittadini non ricoverati

Franco Ripa

48

Le prestazioni ambulatoriali (esempi)

PRESTAZIONE	Euro
Visita generale	30,00
ECG	13,70
Ecodoppler tronchi sovraortici	51,65
EMG semplice	11,90
Estrazione dente permanente	23,30
Radiografia torace routine	21,50
Ecografia addome completo	71,10
RM torace	220,00

Franco Ripa

55

Il ticket

- Il ticket rappresenta la compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria e la sua definizione è soggetta alle normative regionali.
- Le principali forme di esenzione previste sono:
 - Esenzione totale per età e reddito
 - Esenzione per Patologia e Malattia Rara
 - Esenzione totale per patologia e reddito
 - Esenzione per invalidità

Franco Ripa

56

L'accesso al sistema di produzione



- 4) Accordi contrattuali
- 3) **Accreditamento Istituzionale**
- 2) Autorizzazione funzionamento
- 1) Autorizzazione realizzazione

Franco Ripa

57

Pubblico e privato

		Produzione	
		Pubblica	Privata
Finanziamento	Publico	Produzione istituzionale	Strutture accreditate
	Privat	Libera professione intramoenia; ticket;	Privato-privato

Franco Ripa

58

Possibile impatto del sistema finanziamento

Attività	*aumento ricoveri non necessari/impropri *riduzione liste d'attesa
Accessibilità	*selezione dei pazienti *specializzazione attività
Profili di cura	*riduzione dei servizi necessari *aumento appropriatezza
Durata deg.	*dimissioni precoci *dimissioni tempestive
Livello assistenza	*trasferimenti inappropriati *integrazione tra servizi



Franco Ripa

59

Franco Ripa

60



2. Come posso utilizzare le risorse nel modo migliore?

Franco Ripa 61

Obiettivi



Come utilizzare le risorse nel modo migliore
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare il concetto di organizzazione
- Illustrare il modello di riferimento per l'analisi della organizzazione
- Definire la logica del controllo manageriale

Franco Ripa 62

Obiettivi



Come utilizzare le risorse nel modo migliore
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare il concetto di organizzazione
- Illustrare il modello di riferimento per l'analisi della organizzazione
- Definire la logica del controllo manageriale

Franco Ripa 63

Autonomia clinico assistenziale e risorse...

- L'autonomia clinica ed assistenziale significa che l'utilizzazione delle risorse (dagli accertamenti diagnostici alle terapie, dalle modalità di utilizzazione del personale ai criteri di gestione dei percorsi) è di **responsabilità diretta del singolo** professionista sanitario.
- A fronte di questa logica si è sviluppato un **sistema rigido e burocratico di allocazione delle risorse**, di distribuzione del personale, delle tecnologie e degli stessi spazi operativi.



Franco Ripa 64

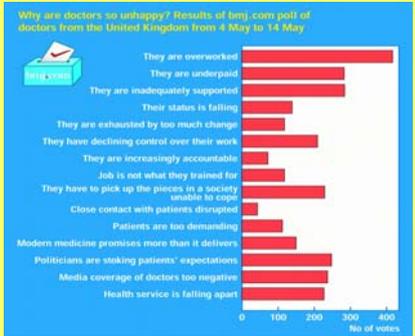
Why doctor is so unhappy?

Richard Smith, BMJ



Franco Ripa 65

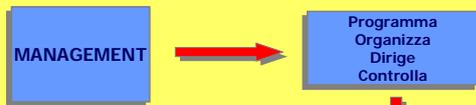
Why are doctors so unhappy? Results of bmj.com poll of doctors from the United Kingdom from 4 May to 14 May



Reason	Approximate No of votes
They are overworked	380
They are underpaid	350
They are inadequately supported	320
Their status is falling	280
They are exhausted by too much change	250
They have declining control over their work	220
They are increasingly accountable	180
Job is not what they trained for	150
They have to pick up the pieces in a society unable to cope	120
Close contact with patients disrupted	100
Patients are too demanding	80
Modern medicine promises more than it delivers	70
Politicians are stoking patients' expectations	60
Media coverage of doctors too negative	50
Health service is falling apart	40

Franco Ripa 66

In sintesi il management...



(da Megginson, Mosley e Pietri jr)

le risorse umane, finanziarie e fisiche

per raggiungere gli obiettivi aziendali

Franco Ripa

67

Il concetto di Organizzazione

Complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la **divisione del lavoro** in compiti distinti e viene realizzato il **coordinamento** fra tali compiti



(Henry Mintzberg, 1985).

Franco Ripa

68

Componenti dell'organizzazione aziendale

da Mintzberg H. 1983



Franco Ripa

Obiettivi



Come utilizzare le risorse nel modo migliore

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

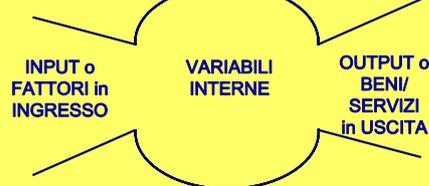
- Illustrare il concetto di organizzazione
- *Illustrare il modello di riferimento per l'analisi della organizzazione*
- Definire la logica del controllo manageriale

Franco Ripa

70

Il modello sistemico...

R. Vaccani, La Sanità incompiuta, NIS 1991



CONTESTO
MANDATO
BISOGNI
DOMANDA
RISORSE (POTENZIALI)

STRUTTURA DI BASE
MECCANISMI OPERATIVI
(formativo, informativo, premiante,
programmazione e controllo)
PROCESSI

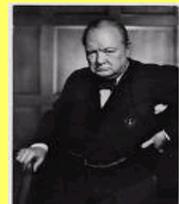
PRODOTTI
ESITI

ECNOMOTRPP

Franco Ripa

71

Per quanto possa
esser bella la strategia,
occasionalmente
si dovrebbe
poter guardare ai risultati.



Winston Churchill

Franco Ripa

72

Obiettivi



Come utilizzare le risorse nel modo migliore

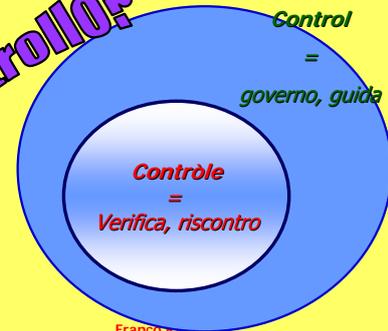
Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Illustrare il concetto di organizzazione
- Illustrare il modello di riferimento per l'analisi della organizzazione
- Definire la logica del controllo manageriale

Franco Ripa

73

CONTROLLO?



Franco Ripa

74



Franco Ripa

75

La ricerca delle performance attraverso i modelli di controllo...



- Il modello burocratico
- Il modello clinico assistenziale
- Il modello economico
- Il modello manageriale

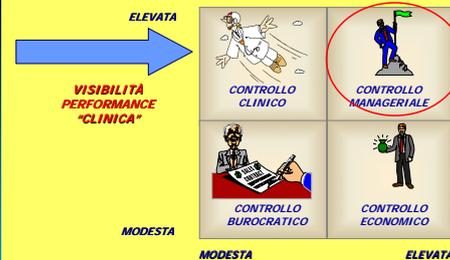
Franco Ripa

76



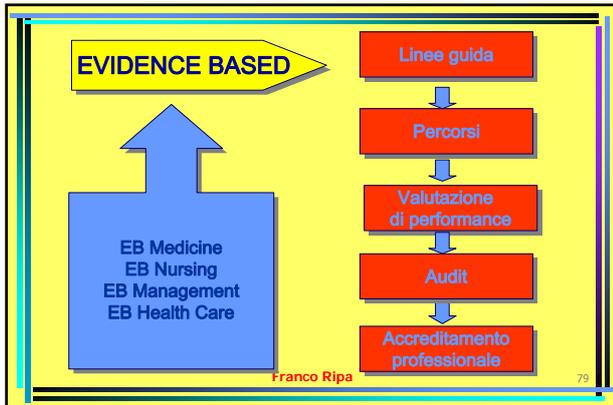
Franco Ripa

77



Franco Ripa

78



Le linee guida

- Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo sistematico, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate.
- Institute of Medicine, USA**
- Guidelines support decisions, but they do not make decisions...*

Franco Ripa 81

LO STROKE - LG

1. Stroke Unit

A 1.1 Le cure per i pazienti ricoverati con ictus maggiore in fase acuta dovrebbero essere organizzate nell'ambito di un servizio multidisciplinare dedicato all'ictus, basato su unità designate. (SIGN-I 6.5)

2. Diagnosi

A 2.1 La TC cerebrale senza contrasto è indicata in urgenza, non oltre le 24 ore dall'esordio clinico. (Raccomandazione scelta dal gruppo regionale per lo studio TRIPSS-II vedi paragrafo "Valutazione d'impatto").

A La TC cerebrale senza contrasto è indicata in urgenza (entro 6 ore nei centri attrezzati e comunque non oltre le 24 ore dall'esordio clinico). (SPREAD 9.7)

C La TC cerebrale dovrebbe essere eseguita non appena possibile, preferibilmente entro 48 ore e non oltre i sette giorni, e dovrebbero essere adottati dei protocolli per i casi più urgenti. (SIGN-I 3.3.1)

C 2.2 La ripetizione della TC senza contrasto è consigliabile entro 48 ore, e comunque non oltre 7 giorni dall'esordio, ed è sempre indicata nel caso di ictus grave, progressivo e qualora si ritenga necessario un chiarimento diagnostico-prognostico. (SPREAD 9.10)

C 2.3 L'angiografia cerebrale è indicata nelle prime ore di un ictus ischemico solo se rappresenta il primo passo di un intervento endovascolare di disostruzione arteriosa mediante fibrinolisi locoregionale. (SPREAD 9.9)

A 2.4 Lo studio eco-Doppler carotideo è indicato quale esame di primo impiego allo scopo di definire la diagnosi etiopatogenetica e di selezionare i pazienti candidati alla chirurgia della carotide. (SPREAD 13.7)

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali

La miglior sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere, per gestire una condizione patologica di un paziente o di un gruppo di pazienti sulla base delle conoscenze tecnico scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione
(Autori vari)

Franco Ripa 83

Tipologie di appropriatezza

- 1. Health intervention**
intervento giusto al paziente giusto
- 2. Timing**
al momento giusto e per il tempo giusto
- 3. Setting**
nel posto giusto
- 4. Professional**
dal professionista giusto

Franco Ripa 84

**under use
mis use
over use**

Franco Ripa 85

	Servizi ricevuti	Servizi non ricevuti
Servizi necessari	A	B
Servizi non necessari	C	D

A e D: appropriatezza C: sovrautilizzo B: sottoutilizzo

Restuccia et al "Unnecessary utilization of health care services: A comparative analysis of appropriateness of hospital use" *Health Affairs* 1989; 79-88

Franco Ripa 86

	<i>ELEVATA</i>	 CONTROLLO CLINICO	 CONTROLLO MANAGERIALE	
VISIBILITÀ PERFORMANCE "CLINICA"				
	MODESTA	 CONTROLLO BUROCRATICO	 CONTROLLO ECONOMICO	
		MODESTA	ELEVATA	

VISIBILITÀ PERFORMANCE "ECONOMICA"

Franco Ripa 87

«Se fornissimo a tutti gli uomini quanto la tecnologia ed il progresso terapeutico consentono, saremmo tutti sani ma morti di fame!»

*Dr Halfdan T. Mahler
Direttore Generale WHO (1973-1980)*

Franco Ripa 88

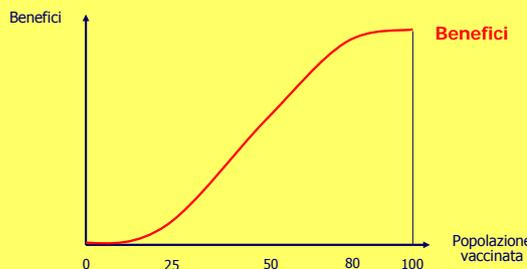
E' sempre più fondamentale...

- ...valutare *costi ed efficacia* di procedure diagnostiche e/o terapeutiche alternative (farmaci, interventi, test, esami, attrezzature, dispositivi medici, aspetti organizzativi etc.)

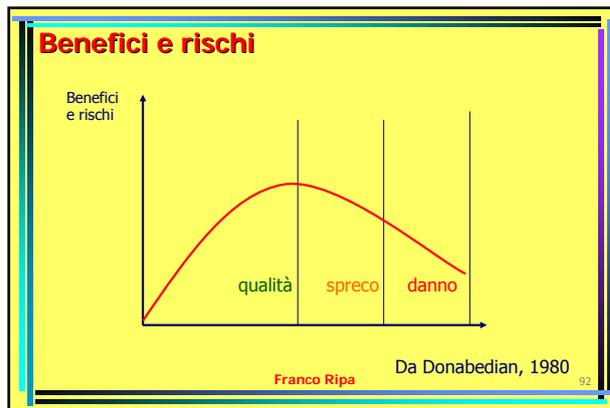
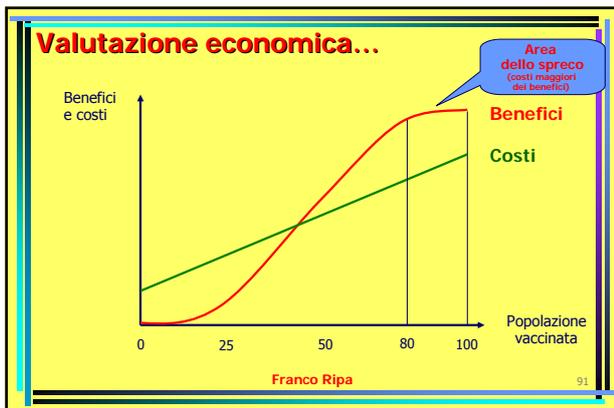



Franco Ripa 89

Valutazione clinica...



Franco Ripa 90



ACB: Le tecniche di valutazione economica

Minimizzazione dei costi

Analisi costo-efficacia

Analisi costo-utilità

Analisi costo-beneficio

Franco Ripa 93



MINIMIZZAZIONE DEI COSTI

Caratteristiche degli effetti

Natura: identici

Quantità: identici

Es. 2 vaccini contro l'epatite

Unità di misura degli effetti

Non considerati

Strategia	Costo trattamento	Efficacia
Trattamento A	€. 90.000,00	95%
Trattamento B	€. 100.000,00	95%

VALUTAZIONE: minimizzazione dei costi:
Il trattamento A è migliore perché costa meno.

Franco Ripa 95

ANALISI COSTO-EFFICACIA

Caratteristiche degli effetti

Natura: identici

Quantità: diversi

Es. farmaco di seconda generazione vs farmaco di prima generazione, più costoso ma anche più efficace

Unità di misura degli effetti

Unità naturali (anni di vita guadagnati, giorni di disabilità prevenuti)

Strategia	Costo trattamento	Attesa di vita
Trattamento A	€. 250.000,00	4,5 anni
Trattamento B	€. 120.000,00	3,5 anni

VALUTAZIONE: costo-efficacia:
Trattamento A: $250/4,5 = €. 55,5$ mila/anno
Trattamento B: $120/3,5 = €. 34,3$ mila/anno

Franco Ripa 96

ANALISI COSTO-UTILITÀ

Caratteristiche degli effetti

Natura: eterogenei
Quantità: diversi

Es. trapianto renale vs dialisi

Unità di misura degli effetti

Valore non monetario: QALY (quality Adjusted Life Years): anni di vita aggiustati per la qualità.
(QALY = attesa di vita x qualità della vita)

Strategia	Costo	Attesa di vita	Qualità	QALYs
Treatmento A	€ 250.000,00	4,5 anni	0,80	3,60
Treatmento B	€ 120.000,00	3,5 anni	0,90	3,15

VALUTAZIONE: costo-utilità:
 Trattamento A = 250/3,60 = € 69 mila/QALYs
 Trattamento B = 120/3,15 = € 38 mila/QALYs



ANALISI COSTO-BENEFICIO

Caratteristiche degli effetti

Natura: eterogenei
Quantità: diversi

Es. screening ipertensione (esiti: n° morti evitate) vs. vaccinazione antinfluenzale (esiti: n° malattie evitate)

Unità di misura degli effetti

Unità monetarie: benefit (beneficio netto, rapporto benefici/costi, rendimento interno)

Strategia	Benefici trattamento	Costo	Rapporto
Treatmento A	€ 4.950	€ 3.300	1,50
Treatmento B	€ 4.040	€ 2.760	1,46
Treatmento C	€ 5.000	€ 3.500	1,43

VALUTAZIONE: costo-beneficio: il trattamento A è migliore in termini di resa (benefici ottenuti per unità di costo)



Efficacia

Intervento + efficace e - costoso dell'alternativa

Intervento + efficace e + costoso dell'alternativa

←

→

Intervento - efficace e - costoso dell'alternativa

Intervento - efficace e + costoso dell'alternativa

Costi

Franco Ripa 99

La scelta della tecnica di VE

Efficacia clinica A vs B

↙ ↘
 A = B
 A ≠ B

Analisi di Minimizzazione dei costi

Risultato/obiettivo comune misurato in unità fisiche	Risultato/obiettivo comune misurato in unità fisiche (QALYs)	Risultati/obiettivi non comuni
Analisi Costo-Efficacia	Analisi Costo-Utilità	Analisi Costo-Benefici

Franco Ripa 100

Giudizio qualitativo

Relative to current care, should a new treatment be adopted, given evidence of:

		Declining effectiveness →			
		1	2	3	
Increasing cost ↓	A	●	●	●	■ = Yes
	B	●	●	●	■ = No
	C	●	●	●	■ = Judgment required

Effectiveness
Compared with the control treatment the experimental treatment has:
1. Evidence of greater effectiveness
2. Evidence of no difference in effectiveness
3. Evidence of less effectiveness

Cost
Compared with the control treatment the experimental treatment has:
A. Evidence of cost savings
B. Evidence of no difference in costs
C. Evidence of greater costs.

BMJ 2002;325:891-4

Franco Ripa 101

AGREE

20. Sono state prese in considerazione le potenziali implicazioni in termini di costo derivanti dall'applicazione delle raccomandazioni

completo

4	3	2	1
---	---	---	---

completo disaccordo

Commenti

Franco Ripa 102

Appendice 1

- Una check-list per la lettura critica dei studi pubblicati :
1. Il problema, espresso in maniera precisa, è stato posto in una forma che permetta di dare una risposta?
 2. La prospettiva dell'analisi è stata scelta in maniera adeguata?
 3. Le alternative sono state descritte in maniera esaustiva?
 4. È stata verificata l'efficacia del programma o del servizio?
 5. Per ciascuna alternativa sono stati identificati tutti i costi e le conseguenze pertinenti ed importanti?
 6. I costi e le conseguenze sono stati misurati/valorizzati accuratamente?
 7. La valutazione dei costi e delle conseguenze ha tenuto conto di come si distribuiscono nel tempo?
 8. È stata condotta un'analisi incrementale dei costi e delle conseguenze?
 9. Si è tenuto conto dell'incertezza nella stima dei costi e delle conseguenze?
 10. La presentazione e la discussione del lavoro svolto coprono tutti i punti d'interesse per gli utilizzatori dell'analisi?

Franco Ripa

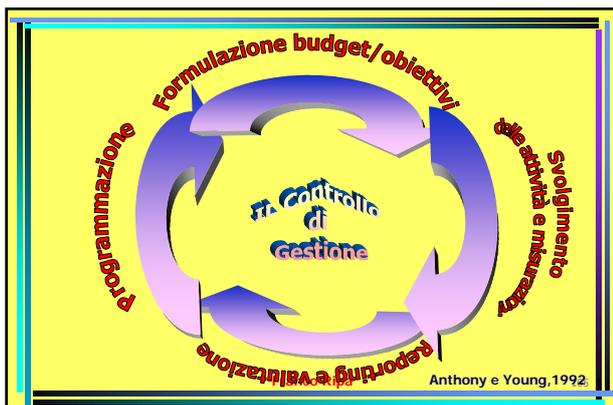
103

Esempi di domande (1)

- La nostra struttura quanto produce?
- La nostra struttura quanto spende?
- La nostra struttura quanto guadagna?
- La nostra struttura utilizza bene le risorse assegnate?
- La nostra struttura può fare meglio?

Franco Ripa

104



Il Centro di costo

Il Centro di costo è una struttura organizzativa (es. Unità Operativa) che

*consuma risorse



...per produrre beni o servizi o perchè altri siano in grado di produrre beni o servizi

Franco Ripa

107

Il centro di responsabilità

E' un articolazione aziendale (livello organizzativo), costituito da un team che opera per raggiungere uno o più obiettivi, guidato da un dirigente che assume la responsabilità delle azioni intraprese.

I centri di responsabilità possono essere costituiti da un aggregato di centri di costo.



Franco Ripa

108

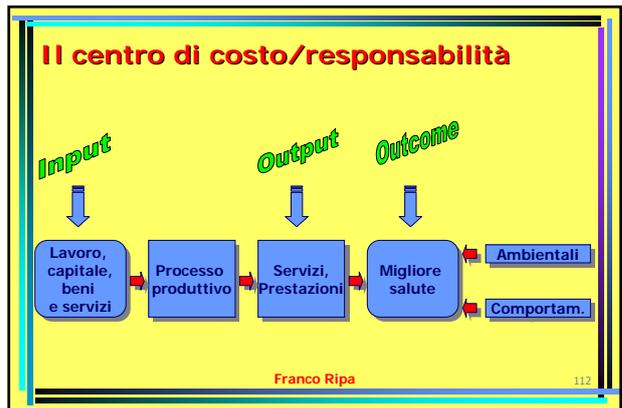
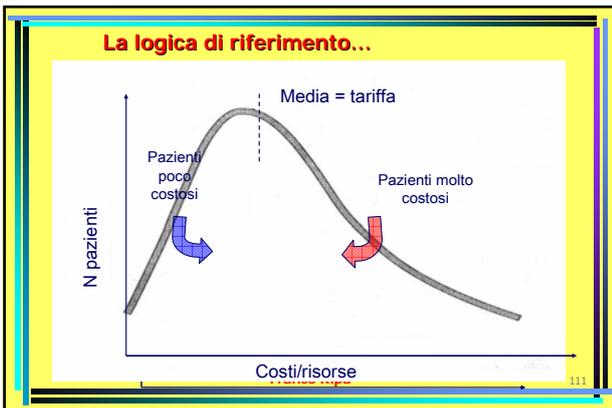
Professional e manager

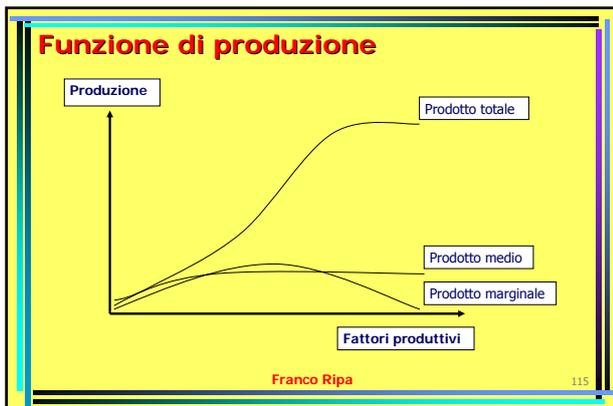
consumo risorse **cura produce**

Franco Ripa 109

Tutti i professionisti dell'Azienda sono centri di costo/responsabilità

Franco Ripa 110





Il concetto di costo

***in senso economico:**
ciò a cui si rinuncia per soddisfare un bisogno (che corrisponde a quello che si sarebbe potuto conseguire utilizzando fattori produttivi nel loro migliore impiego alternativo)

***in senso monetario:**
la spesa sostenuta per l'acquisizione dei fattori produttivi

Franto Ripa 116

I costi

- ➔ **Costi totali (CT)**
la quantità complessiva di costi finale
- ➔ **Costi medi o unitari (CMe)**
costi di una unità di prodotto
 $CMe = CT / \text{quantità}$
- ➔ **Costi marginali (C_{Ma})**
incremento del costo totale quando la produzione aumenta di una unità
 $C_{Ma} = CT(x) - CT(x-1)$

Franto Ripa 117

I costi (1/3)

Costi diretti:
- sono quelli direttamente necessari per l'output (esempio: test diagnostici, farmaci, forniture, personale, attrezzature sanitarie ecc.).

Costi indiretti:
- tutti gli altri costi che emergono dalla attività di produzione, ma che non sono direttamente attribuibili all'output.

Franto Ripa 118

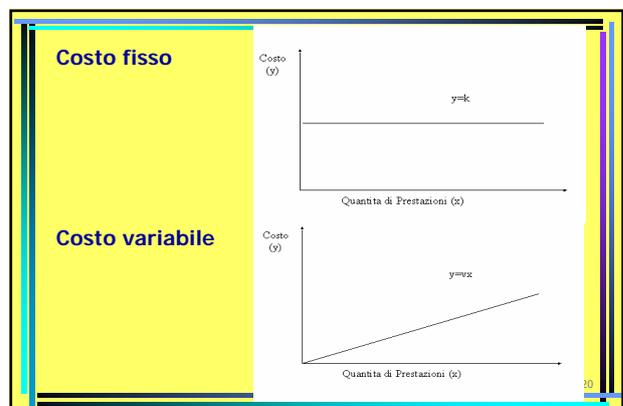
I costi (2/3)

Costi fissi:
- costi assolutamente indipendenti dalle variazioni della produzione

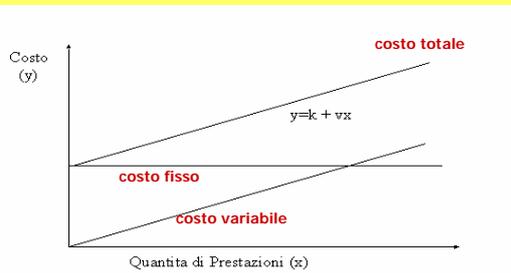
Costi variabili:
- costi correlati a variazioni quantitative della produzione

Dirindin e Vineis: la distinzione fra costi fissi e variabili è valida in un orizzonte temporale di breve periodo, poiché nel lungo periodo tutti i costi possono essere modificati

Franto Ripa 119



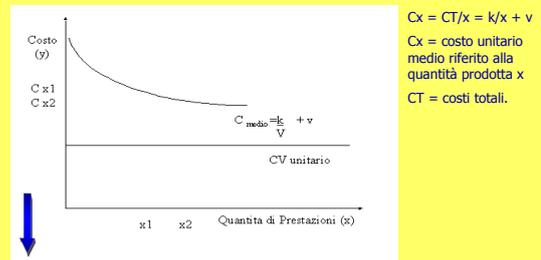
Costo totale



Franco Ripa

121

Costo medio (unitario)



NB: a parità di costi fissi, il costo medio unitario è tanto più basso quanto più elevata è la quantità prodotta

Franco Ripa

122

I costi (3/3)

Costi controllabili:

- costi dipendenti dalle decisioni di un responsabile

Costi non controllabili:

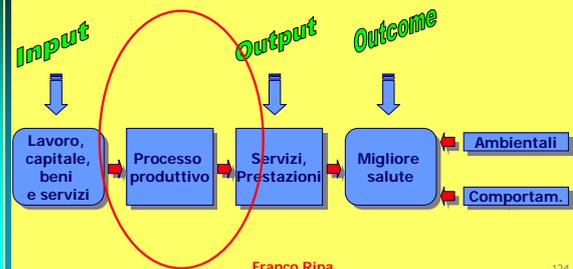
- costi che non dipendono dalle decisioni di un responsabile



Franco Ripa

123

Il centro di costo/responsabilità



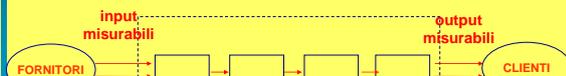
Franco Ripa

124

Il processo

Un processo ha un punto di inizio e di fine, fornitori e clienti, input e output misurabili e comprende **attività** che sono:

- definite
- ripetibili
- prevedibili
- misurabili



Franco Ripa

125

I processi: ictus



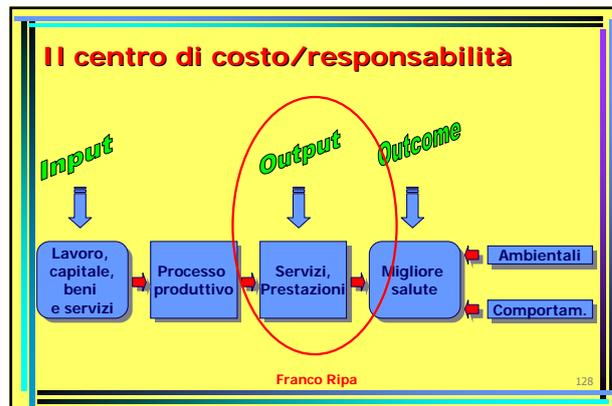
63 raccomandazioni ed azioni

8 priorità

Franco Ripa

126

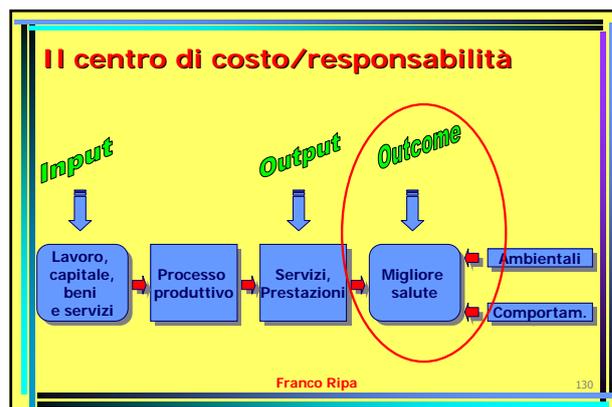
INDICATORI DI PROCESSO NEL PERCORSO ICTUS			
EVENTI	INDICATORE (% pazienti eleggibili)	ATT.	OSS.
Esecuzione TC	N. TC entro 24 ore	+5%	+15%
Test deglutizione per disfagia	N. di test eseguiti	+200%	+215%
Somministrazione ASA	N. casi trattati entro 24 ore	+20%	+61%
Somm. Nimodipina e Steroidi	N. casi trattati	-20%	-96%
		-20%	-6%
Somministrazione Eparina e Osmotico	N. casi trattati	-10%	-35%
		-20%	-42%
Cadute e Decubiti	N. eventi	-10%	N.V.
		-10%	N.V.
Cateterismo	N. cateterizzati	-20%	-20%
Fisiatria	Visita entro 7 giorni	+20%	+36%



I prodotti (servizi, prestazioni...)

- ➔ **Prodotto totale (PT)**
la quantità complessiva di prodotto finale
- ➔ **Prodotto medio (PMe)**
rapporto tra prodotto totale e quantità impiegata di un fattore produttivo
 $PMe = PT / \text{quantità}$
- ➔ **Prodotto marginale (PMa)**
incremento nel prodotto totale in seguito ad un aumento unitario del fattore produttivo

Franco Ripa 129

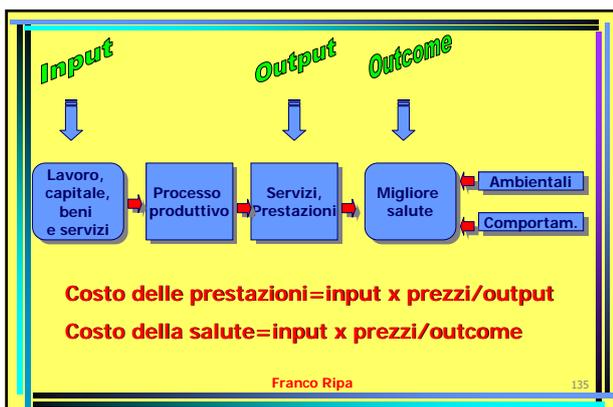
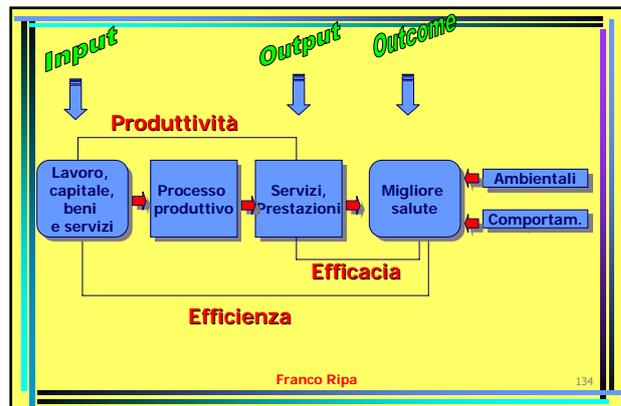
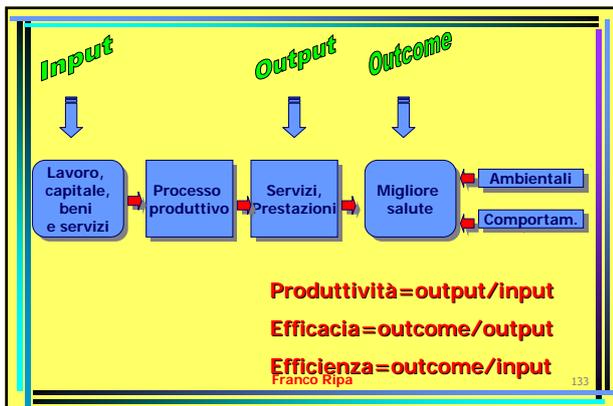


- ### Esempi di indicatori di esito
- Numero di soggetti guariti
 - Numero di soggetti deceduti
 - Numero di soggetti con riduzione dei sintomi
 - Numero di soggetti sopravvissuti a cinque anni
 - Numero di soggetti ricoverati in ospedale per diabete
 - Numero di casi di tetano
 - Ecc.
- esito**
- Franco Ripa 131

Le parole chiave...

- Produttività** (output/input) ➔ capacità di produrre le prestazioni utilizzando in maniera ottimale le risorse
- Efficacia** (outcome/output) ➔ capacità di un intervento di raggiungere i risultati rispetto alle prestazioni erogate
- Efficienza** (outcome/input) ➔ capacità di un intervento di raggiungere i risultati utilizzando in maniera ottimale le risorse

Franco Ripa 132



Il cost saving: MUDA!

- Un inconfondibile grido di battaglia: **Muda!**
Nella lingua nipponica **Muda** significa spreco e dovrebbe suonare come un forte grido d'allarme per imprenditori e dirigenti.

Franco Ripa 136

- Le categorie di spreco...**
- Difetti, disservizi ed errori
 - Sovrapproduzione per la domanda
 - Livellamento sui picchi
 - Beni in attesa di utilizzo
 - Trasporti, beni, operatori, informazioni in movimento eccessivo
 - Attese eccessive
 - Scorte eccessive
 - Processi costosi, non allineati
 - Acquisizione a prezzi eccessivi
 - Non certificare la propria attività**
-
- Franco Ripa

- Sprechi (1/4)**
- Difetti**
 - Difetti alla qualità portano il cliente a rifiutare il prodotto. Lo sforzo necessario a creare questi difetti è uno spreco.
 - Sovrapproduzione**
 - La sovrapproduzione è la **produzione o l'acquisizione di beni prima che siano effettivamente richiesti**. È uno spreco molto pericoloso per le Aziende perché tende a nascondere problemi di produzione. La sovrapproduzione deve essere immagazzinata, gestita e protetta, generando quindi altri sprechi.
- Franco Ripa 138

Spreco (2/4)

- **Trasporti**
 - Ogni volta che un prodotto è trasferito rischia di essere danneggiato, perso, ritardato, etc., così diventa un costo che non produce valore. **I trasporti non introducono alcuna trasformazione al prodotto** che il cliente sia disposto a pagare.
- **Movimento**
 - È simile ai trasporti, ma si riferisce, anziché ai prodotti, ai **lavoratori o alle macchine**. Questi possono subire danneggiamenti, usure, problemi di sicurezza.

Franco Ripa

139

Sprechi (3/4)

- **Attese**
 - Si riferisce sia al tempo impiegato dai lavoratori nell'attesa che la risorsa sia disponibile, sia al capitale immobilizzato in beni e servizi che non sono ancora stati consegnati al cliente.
- **Scorte**
 - Le scorte, siano esse in forma di **materie prime, di materiale in lavorazione, o di prodotti finiti**, rappresentano un capitale che non ha ancora prodotto un guadagno sia per il produttore che per il cliente. Ciascuna di queste voci che non sia ancora elaborata per produrre valore è uno spreco.

Franco Ripa

140

Sprechi (4/4)

- **Processi inutilmente costosi**
 - Usare **risorse più costose** del necessario per le attività produttive o aggiungere funzioni in più, oltre a quelle che aveva originariamente richiesto il cliente, produce solo sprechi.
 - C'è un particolare problema in tal senso che riguarda gli operatori. Gli operatori che possiedono una **qualifica superiore** a quella necessaria per realizzare le attività richieste, generano dei costi per mantenere le proprie competenze che vanno sprecati nella realizzazione di attività meno qualificate.

Franco Ripa

141

Il contenimento dei costi

$$COSTO = q \text{ SERVIZI} \times q \text{ RISORSE} / q \text{ SERVIZI} \times p \text{ RISORSE}$$



Franco Ripa

142

Franco Ripa

143



Come posso sapere se le mie performance sono buone e come posso migliorarle?

Franco Ripa

144

Obiettivi



Come valutare le performance e, se necessario, come migliorarle...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Definire il concetto di performance
- Illustrare la metodologia dell'audit
- Descrivere l'applicazione dell'audit in ambito di utilizzazione delle risorse (utilization review)

Franco Ripa

145

Obiettivi



Come valutare le performance e, se necessario, come migliorarle...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Definire il concetto di performance
- Illustrare la metodologia dell'audit
- Descrivere l'applicazione dell'audit in ambito di utilizzazione delle risorse (utilization review)

Franco Ripa

146

Performance...

- Performance
- è un termine della lingua inglese, a sua volta derivato dall'antico francese *performance*, che può avere diversi significati: una prestazione sportiva o professionale, una esecuzione musicale, una esibizione artistica.
- Da Wikipedia, 2008



Franco Ripa

Grandi ospedali, urologia & nefrologia

10/11/2005

Migliorano le tecniche di diagnosi e di intervento per le patologie di reni e vie urinarie. Dal tumore ai calcoli, le possibilità di cura sono sempre meno invasive.

I primi 10

- 1 - Roma, Azienda Policlinica Umberto I
- 2 - Padova, Azienda ospedaliera
- 3 - Bologna, Azienda ospedaliera Policlinico Sant'Orsola-Malpighi
- 4 - Milano, Ospedale San Raffaele
- 5 - Pisa, Azienda ospedaliera Santelli Biondi S. Chiara
- 6 - Napoli, Azienda Policlinica Federico II
- 7 - Firenze, Azienda ospedaliera Careggi
- 8 - Bari, Azienda ospedaliera Policlinica Consorziale
- 9 - Verona, Ospedale civico Borgo Trento
- 10 - Brescia, Azienda ospedaliera Spedali Civili

GLI OGGI

1 - Roma, Azienda Policlinica Umberto I

2 - Padova, Azienda ospedaliera

3 - Bologna, Azienda ospedaliera Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

4 - Milano, Ospedale San Raffaele

5 - Pisa, Azienda ospedaliera Santelli Biondi S. Chiara

6 - Napoli, Azienda Policlinica Federico II

7 - Firenze, Azienda ospedaliera Careggi

8 - Bari, Azienda ospedaliera Policlinica Consorziale

9 - Verona, Ospedale civico Borgo Trento

10 - Brescia, Azienda ospedaliera Spedali Civili

148

CORRIERE DELLA SERA.it

Gli ospedali di eccellenza

La classifica secondo gli esperti

Ecco la "classifica della reputazione" per la nefro-urologia, stilata chiedendo ai responsabili delle prime venti strutture emerse dalla nostra indagine quali ospedali non potessero mancare in una graduatoria dei "più bravi". Tanto le "nuove entrate", che fotografano l'ampia possibilità di scelta che esiste nel nostro Paese per un'eccezionale assistenza nella malattia renale e dell'apparato urinario, oltre che l'ottima distribuzione delle strutture accreditate di un'elevata competenza. I "migliori", infatti, si segnalano al Sud, rappresentato egregiamente dagli ospedali di Bari e Reggio Calabria, e nelle città più piccole come Brescia e Lecco. Senza dimenticare gli istituti di antica tradizione delle grandi città, presenti in classifica con i centri di Bologna, Torino, Genova, Milano e Firenze.

Segnalazioni 264
Esperti interpellati 32, hanno espresso il loro parere 29 (90,62%)

Franco Ripa

CORRIERE DELLA SERA.it

Gli ospedali di eccellenza

Nella nostra inchiesta il criterio adottato per stilare le graduatorie ha cercato di tenere presente sia quantità che qualità delle ricerche cliniche.

Per questo ci siamo affidati a due parametri: **Impact Factor** e **Citation Index**.

A partire da questi abbiamo poi "costruito" un coefficiente, che abbiamo chiamato "**Indice Corriere Salute**", su cui si basano le nostre classifiche. Ma andiamo per gradi, spiegando innanzitutto che cosa significano **Impact factor** e **Citation index**.

Franco Ripa

150

Screen Reader Version | Español | 中文 |
 Home | Glossary | Help | Frequently Asked Questions |

Medicare

The Official U.S. Government Site for Medicare Information

replacement card ordering, address changes, help with health care costs, and prescription drug assistance programs

Medicare Plan Choices
 Learn about Original Medicare, managed care, Private Fee-For-Service, and Medigap policies

Dialysis Facility Characteristics includes the:

- address and telephone number of the facility,
- the facility's initial date of Medicare certification,
- and shifts starting or continuing after 5 PM (if you need your treatments in the evening).

Quality Outcome Measures includes information about:

- the percent of patients at a facility with a Urea Reduction Ratio (URR) of 65 or greater known as adequacy of hemodialysis,
- percent of patients treated with Epoprostenol with a hematocrit of 33 or greater, and
- patient survival information.

Che cosa si intende per performance?

Ciò che

- un individuo
- un gruppo di soggetti
- una organizzazione

fanno (e come lo fanno) e i risultati che ottengono

*"Il medico e il management".
 Seconda edizione, 2008*



Franco Ripa 152

Quali sono le dimensioni della performance?



- clinica ed assistenziale
- gestionale
- economica

*"Il medico e il management".
 Seconda edizione, 2008*

Franco Ripa 153

Obiettivi



Come valutare le performance e, se necessario, come migliorarle...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Definire il concetto di performance
- Illustrare la metodologia dell'audit
- Descrivere l'applicazione dell'audit in ambito di utilizzazione delle risorse (utilization review)

Franco Ripa 154

L'origine del termine

Il termine latino audit dal verbo audio, udire, da cui auditor, uditore, ascoltatore; la parola venne poi utilizzata dagli inglesi dando al verbo "(to) audit" il significato di:

- ➔ verificare;
- ➔ controllare;
- ➔ rivedere (conti, bilanci, procedure legali).

Franco Ripa 155

L'audit in senso ISO



- In ambiente ISO il termine audit ha il significato di esame sistematico e indipendente finalizzato a verificare che le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti siano congruenti con quanto stabilito, ed efficaci per il raggiungimento degli obiettivi.

Franco Ripa 156

ISO: Categoria di audit

AUDIT **esterni** sono:

- condotti per conto del committente o da un organo da lui delegato (detti anche di **parte seconda**)
- condotti da un ente competente indipendente (detti anche di **parte terza**)

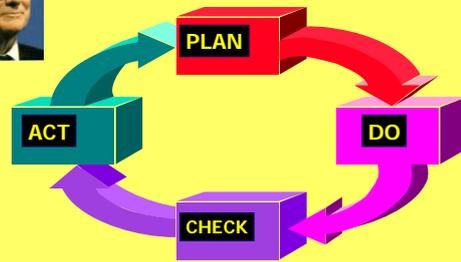
AUDIT **interni** sono:

- eseguiti da personale della struttura che valuta la propria organizzazione (detti anche di **parte prima**)

Franco Ripa

157

Il ciclo PDCA



Franco Ripa

158

Il ciclo dell'Audit



159

Il ciclo dell'Audit



160

Obiettivi



Come valutare le performance e, se necessario, come migliorarle...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Definire il concetto di performance
- Illustrare la metodologia dell'audit
- Descrivere l'applicazione dell'audit in ambito di utilizzazione delle risorse (utilization review)

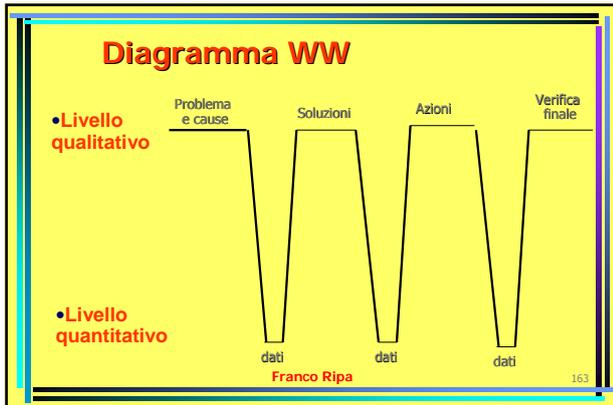
Franco Ripa

161

Il ciclo dell'Audit



162



La valutazione è un processo

- **Chi?** il soggetto valutante
- **Perché?** in base a motivazioni, valori, ipotesi, obiettivi
- **Cosa?** esplora in modo selettivo la realtà, nella quale identifica gli oggetti da valutare e rispetto ad ognuno di essi sceglie criteri e indicatori
- **Come?** sceglie anche standard di riferimento, poi effettua misure, quindi analizza ed elabora dati/informazioni, **formula il giudizio** in base ai criteri, indicatori e standard individuati ed infine **decide che cosa fare**, ai fini del miglioramento
 - Se la valutazione viene isolata dal processo decisionale perde ogni significato". Holland, 1985

Franco Ripa 164

Valutazione e decisione

- Se la valutazione viene isolata dal processo decisionale, perde ogni significato
- **Holland, 1985**

Franco Ripa 165

CRITERIO

Argomento, tema, aspetto da prendere in considerazione per valutare e decidere.

P. Morosini – F. Ferraro, 1999
Franco Ripa 166

Il criterio...

Nell'audit professionale il criterio può essere definito come la "dichiarazione di ciò che dovrebbe essere fatto" nella pratica clinica – assistenziale e deve

- derivare da evidenze scientifiche
- essere traducibile in indicatori misurabili.

In questo senso, l'analogia tra criteri di valutazione e raccomandazioni di comportamento clinico tratte dalle linee guida emerge ulteriormente in tutta la sua chiarezza.

Più criteri riguardanti uno stesso ambito possono essere inglobati in una **check list**.

Franco Ripa 167

INDICATORE

L'indicatore è una variabile che consente di descrivere fenomeni complessi per orientare le decisioni.

Focarile, 1997

Franco Ripa 168

STANDARD

- Dal francese antico "estandard" (standardo)



- ➡ • livello soglia
- ➡ • valore, modello, esempio di riferimento
- ➡ • meta da raggiungere

Franco Ripa 169

Lo standard si costruisce attraverso...

- Leggi
- Letteratura
- Giudizio di esperti
- Situazioni "ragionevoli" di riferimento
- Ecc.



gobi standard
standard operativo

Franco Ripa 170

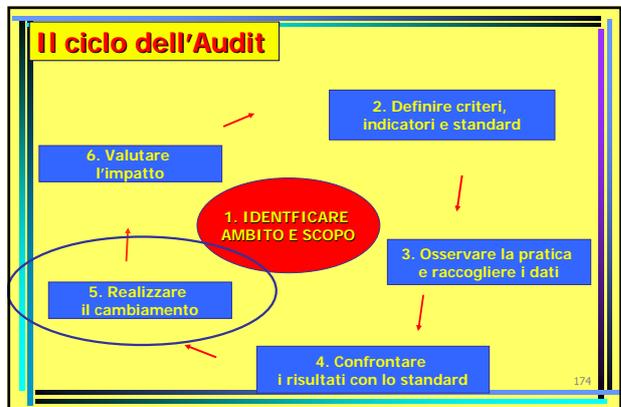


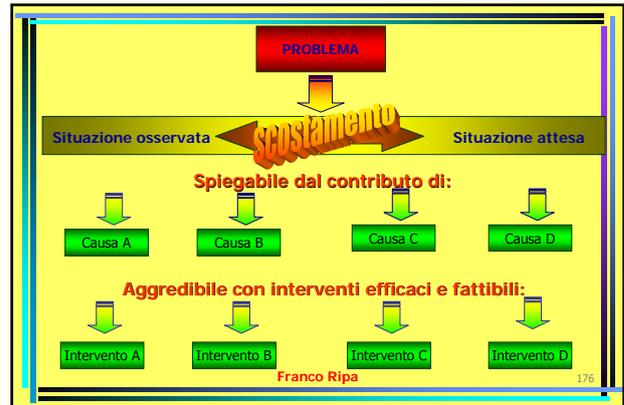
La raccolta dati...



- Retrospectiva
- Trasversale
- Prospettica
- Censuaria
- Campionaria
- Sistema informativo corrente
- Indagini ad hoc

Franco Ripa 172





Alcuni strumenti per il miglioramento

Il diagramma causa-effetto di Ishikawa

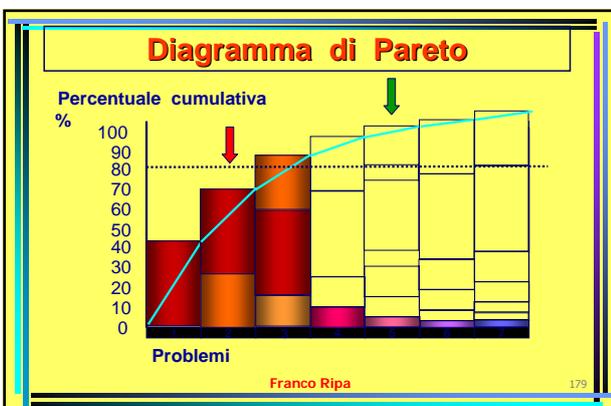
- rappresentazione grafica a "spina di pesce"
- di tutte le ipotesi
- potenzialmente cause del problema
- con l'identificazione prima di aree causali principali
- e poi delle sottocause correlate.

Il diagramma di Pareto

- diagramma a "barre"
- con disposizione in ordine di grandezza decrescente per importanza
- delle cause del problema.

...un numero minoritario di cause contribuisce per la maggioranza al problema (principio del 20-80%)!

Franco Ripa 177



obiettivo

l'evento o la condizione
di cui vogliamo **limitare** il verificarsi
oppure
l'evento o la condizione
che desideriamo **rendere più**
frequente...

...con un determinato insieme di azioni

Franco Ripa 180

Il buon obiettivo

- Specifico
- Misurabile
- Accettabile
- Realistico
- Temporizzato



• Un obiettivo specifico è definito con precisione nel "cosa" e nel "quando" e quindi perfettamente valutabile.

Franco Ripa

181

Il piano di miglioramento: la programmazione operativa



Franco Ripa

182

Il diagramma di Gantt

Azioni	gen	feb	mar	mag	giu	lug	ago	Attori
Che cosa si fa								Chi fa
1	[Barra]							Tizio, Caio
2				[Barra]				Tizio, Caio, Sempronio
3		[Barra]						Sempronio
4						[Barra]		Caio
5				[Barra]				Caio, Sempronio

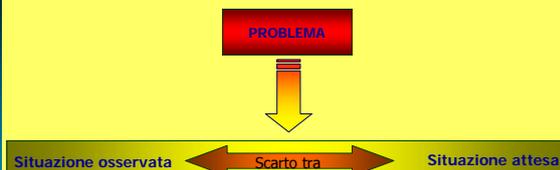
Franco Ripa

183

Il ciclo dell'Audit



184



Franco Ripa

185

Obiettivi



Come valutare le performance e, se necessario, come migliorarle...

Al termine della lezione i partecipanti dovranno essere in grado di:

- Definire il concetto di performance
- Illustrare la metodologia dell'audit
- Descrivere l'applicazione dell'audit in ambito di utilizzazione delle risorse (utilization review)

Franco Ripa

186

Regione Emilia-Romagna
Agenzia sanitaria regionale

VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLE INDICAZIONI CLINICHE DI UTILIZZO DI MOC ED ECO-COLOR-DOPPLER E IMPATTO SUI TEMPI DI ATTESA

BOVERO CERICO

ESSE 09/2004
DOSSIER 79-2003

Prestazioni inappropriate x esami di prima diagnosi:

ECO doppler: 41%

MOC: 53%

Franco Ripa 187

P.R.U.O.

Il P.R.U.O. è basato su:

- **criteri espliciti** presenti nella documentazione clinica (o acquisibili) per quantificare l'inappropriatezza,
- un insieme di **motivi** dell'eventuale uso non appropriato sia della (giornata) ammissione, sia di specifiche giornate di degenza



Franco Ripa 188

Criteri P.R.U.O.

AMMISSIONE	DEGENZA
<ul style="list-style-type: none"> • Condizioni del paziente • Prestazioni da eseguirsi nelle successive 24 h e che richiedono il ricovero • Override 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni medico/chirurgiche • Prestazioni infermieristiche o di supporto vitale • Condizioni del paziente • Override

Franco Ripa 189

Fonti informative P.R.U.O.

- Cartella clinica: :
 - Foglio di P.S.
 - Cartella clinica
 - Documentazione infermieristica
 - Referti.....
- Interviste:
 - Personale sanitario ospedaliero
 - Paziente e parenti
 - M.M.G.



Franco Ripa 190

PRUO: criteri di appropriatezza DH

1. Procedure invasive diagnostiche e/o terapeutiche che richiedono l'utilizzo della sala operatoria o di un ambiente chirurgicamente attrezzato.
2. Due o più osservazioni mediche nella stessa giornata (accesso) da parte dello specialista curante, oppure almeno un'osservazione dello specialista curante ed un'osservazione da parte di un altro specialista avente il carattere del consulto.
3. Misurazione ripetuta (due o più volte al giorno) di almeno uno dei parametri vitali od equivalente monitoraggio strumentale minimo di due ore.
4. Somministrazione endovenosa di fluidi in genere o di farmaci, questi solo però se somministrati almeno due volte nella giornata di accesso.
5. Iniezione di farmaci che richiedano una velocità di infusione limite, che siano da controllare nella velocità di somministrazione per i possibili effetti collaterali sia locali (vena, sottocute) che generali, che abbiano una potenziale azione lesiva immediata a carico del cuore, muscolatura, respirazione, sistema nervoso centrale: farmaci citotossici, antitumorali, anticoagulanti, etc.
6. Misure funzionali da stimolazione farmacologica o con carico di farmaci, con registrazione protratta (almeno due ore) di parametri funzionali o con raccolta quantificata nel tempo (prelievo ematico, raccolta di urine).
7. Prestazioni ed osservazioni infermieristiche più volte nella giornata di accesso (almeno tre volte).
8. Criterio straordinario-Override positivo: possibilità che giustificano comunque la giornata di accesso
9. Criterio straordinario-Override negativo: degenza comune non appropriata.

Franco Ripa 191

PRUO: criteri di appropriatezza DH

1. Procedure invasive diagnostiche e/o terapeutiche che richiedono l'utilizzo della Sala Operatoria o di un ambiente chirurgicamente attrezzato

Criterio realizzato/soddisfatto quando dalla documentazione risultano effettuate nel giorno esaminato procedure invasive (sia diagnostiche che terapeutiche); esse possono essere eseguite sia in Sala Operatoria che in altra sede purchè tali da coinvolgere più figure professionali e strumentazione non disponibile in ambulatorio.

Commento: specificamente conferiscono appropriatezza le procedure per le quali si verifica almeno una delle seguenti alternative:

- sia stata redatta una scheda di anestesia generale o di anestesia loco-regionale con particolari esigenze di monitoraggio
- sia documentata la prescrizione dell'allettamento obbligato per almeno 3 ore dall'intervento, con dicitura esplicita presente in cartella clinica: " a letto per 3 ore "
- sia documentata l'esecuzione di un monitoraggio specifico: P.A., F.C., F.R., autonomia respiratoria, diuresi e tipologie di altre variabili cliniche
- sia stato adottato un provvedimento specifico di competenza medica od infermieristica per almeno 3 ore (es.: bendaggio compressivo, monitoraggio di soffiatura emorragica con eventuale ematomizzazione).

Franco Ripa 192

DRG	DENOMINAZIONE DRG NON LEA	% LIMITE REGIONALE
006	Decompressione del tunnel carpale	0%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta' > 17	9%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta' < 18	9%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	68%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	70%
119	Legatura e stripping di vene	5%
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	30%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta' > 17 senza cc	59%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta' > 17 senza cc	12%
163	Interventi per ernia, eta' < 18	10%
222	Interventi sul ginocchio senza cc, soltanto intervento 806	17%
32 -	Artroscopia	14%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	12%
267	Interventi perianali e pilonidali	14%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	13%
274	Dilatazione e scrobiamiento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	9%

