



PRESTAZIONI, PRODOTTI E PROCESSI ASSISTENZIALI: CONCETTI DI BASE SULL'ACTIVITY BASE MANAGEMENT (ABM) E IL SISTEMA MFP PER IL RILEVAMENTO DELL'OUTPUT

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Oliviero Bosco ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Sezione di Screening HIV - SerT 1 - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

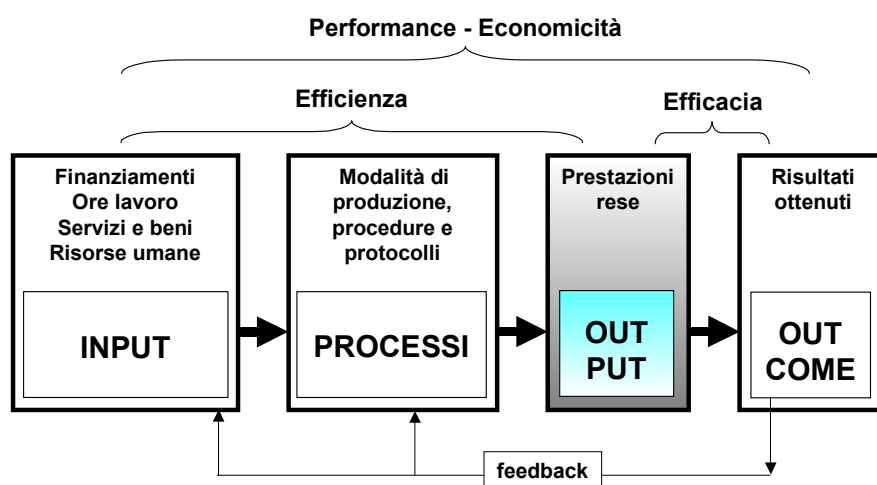
L'azienda socio-sanitaria (ASS), come tutte le organizzative produttive, eroga una lunga serie di servizi che vengono prodotti attraverso l'utilizzo di vari processi. Obiettivo di questo articolo è quello di mettere a fuoco i concetti di base relativamente a questi argomenti e presentare un sistema di rilevamento delle prestazioni per le attività in ambito territoriale/ambulatoriale. Il rilevamento delle prestazioni risulta indispensabile per vari ordini di motivi:

1. è utile per definire il lavoro svolto e i carichi di lavoro;
2. fa capire la reale capacità produttiva dell' U.O. per governare meglio;
3. è la base per calcolare il fabbisogno di dotazione organica;
4. serve per quantificare la quota di lavoro che può ricadere nel fondo incentivante;
5. è utile per comprendere meglio l'outcome in relazione alle prestazioni erogate;
6. serve per poter comprendere i ricavi;
7. serve per la programmazione del lavoro e l'organizzazione dell'utilizzo delle risorse (comprensione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità);
8. può essere utilizzato come sistema agganciato al sistema di budget;
9. è di supporto durante la negoziazione del budget.

Come si potrà comprendere le ragioni per attivare e mantenere un sistema di rilevamento delle prestazioni erogate sono sicuramente molte e tutte valide. Non bisogna però dimenticare

che per poter contare (o meglio misurare) delle attività attraverso le prestazioni erogate è necessario partire chiarendo una serie di concetti relativi alla realizzazione dei “prodotti” sanitari sulla base di una domanda espressa, delle risorse a disposizione per evaderla e dei processi che si utilizzano per costruire ed erogare questo “servizio alla persona”.

Fig.1: Output nel processo produttivo



LE DIMENSIONI PRODUTTIVE DI UNA AZIENDA SANITARIA

Senza voler entrare in particolari, è comunque utile ricordare che la ASS (così come le sue U.O.) ha diverse dimensioni produttive. Essa infatti non eroga solo servizi alla popolazione o alle imprese, associazioni ecc., ma produce anche conoscenze tecniche, organizzative, scientifiche che rappresentano la base culturale ed esperienziale che fanno sì che l'organizzazione cresca e si mantenga nel tempo.

La produzione di conoscenze, riveste una particolare importanza non solo per le conoscenze di tipo formale e documentabili negli annali scientifici, ma anche per tutta quella gamma di conoscenze che sono il patrimonio “non scritto” delle organizzazioni sanitarie e che derivano dalle prassi, dalla continua valutazione dei propri errori, dal miglioramento che si è ottenuto con la verifica quotidiana delle proprie attività e che è stato fissato in modalità, rituali e regole che consentono ad una organizzazione di “ricordarsi” come funzionare al meglio. È chiaro che questo “tesoro” di conoscenze può essere meglio conservato e soprattutto trasmesso se esisterà un sistema permanente che incentivi l'organizzazione a descrivere i suoi processi anche attraverso la descrizione dei protocolli utilizzati, delle linee guida e dei criteri di qualità da mantenere per assicurare una erogazione di prestazioni di eccellenza.

Altre dimensioni produttive dell'ASS sono quella sociale e quella politica che riguardano il ruolo svolto nel campo per esempio del mantenimento e del miglioramento della qualità di vita e del senso di sicurezza e tutela sociale nei cittadini, nel mantenere i livelli di occupazione, di soddisfare indirettamente bisogni non sanitari e per quanto riguarda la dimensione politica quella di mantenere/incrementare il consenso sulle azioni intraprese e sulle scelte strategiche generali.

Tutto questo va fortemente valorizzato nella gamma di prodotti dell'azienda al fine di non ridurre la valutazione delle attività e degli effetti delle ASS alla mera conta delle prestazioni o del pareggio di bilancio.



PROCESSI, PRODOTTI E PRESTAZIONI

Processi

Come già riportato e in altri articoli all'interno di questo manuale riveste una particolare importanza la descrizione dei processi attraverso la quale l'Azienda produce i propri servizi e/o prestazioni.

La visione attraverso i processi produttivi dell'ASS è funzionale per poter costruire un sistema che permetta di far comprendere agevolmente non solo la quantità di volume prodotto ma anche quanto questo possa essere messo in relazione con le risorse impiegate (e il loro costo) per valutare quindi l'efficienza del nostro sistema, con i risultati ottenuti in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata, e quindi poterne misurare anche la reale efficacia.

La misurazione dell'output è quindi di fondamentale importanza per poter eseguire da analisi l'efficacia, dell'efficienza, e delle economicità della ASS.

Con il termine "processo" dobbiamo intendere la sequenza strutturata di attività/azioni per raggiungere un output definito anche "prodotto".

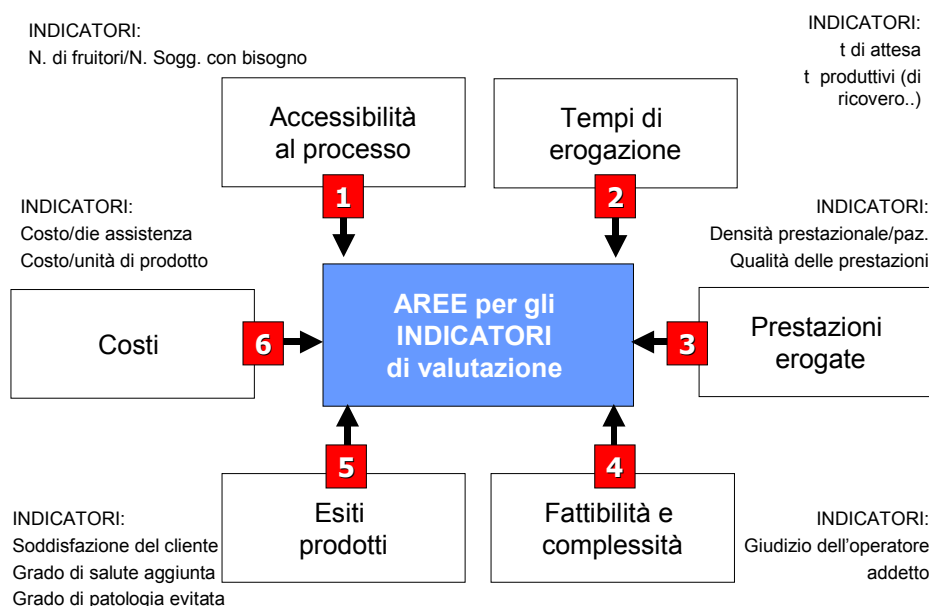
Il processo quindi è un insieme (sequenza strutturata) coordinata di "operazioni" omogenee per scopo.

Le "operazioni" sono catene di azioni che generano variazioni economiche (aggiunta di valore) delle risorse impiegate: Si dividono in operazioni di acquisto, di trasformazione e di cessione.

Con il termine "prodotto" si deve intendere il risultato di una o più operazioni di cessione di servizi o di acquisto di beni e/servizi.

Come è ben definito nell'articolo del benchmarking, a cui si rimanda, per valutare la bontà di un processo si devono utilizzare una serie di indicatori che prendano in considerazione vari aspetti: l'accessibilità al processo, il tempi di erogazione, le prestazioni erogate all'interno del processo, la fattibilità e la complessità del processo stesso, gli esiti realmente prodotti e i costi.. La figura successiva riporta in sintesi questi concetti.

Fig. 2: Indicatori specifici per la valutazione dei processi (benchmark di processo)



Prodotto

Con il termine “prodotto” si deve intendere quindi l’output di uno o più processi finalizzato a soddisfare una domanda utilizzando specifiche risorse.

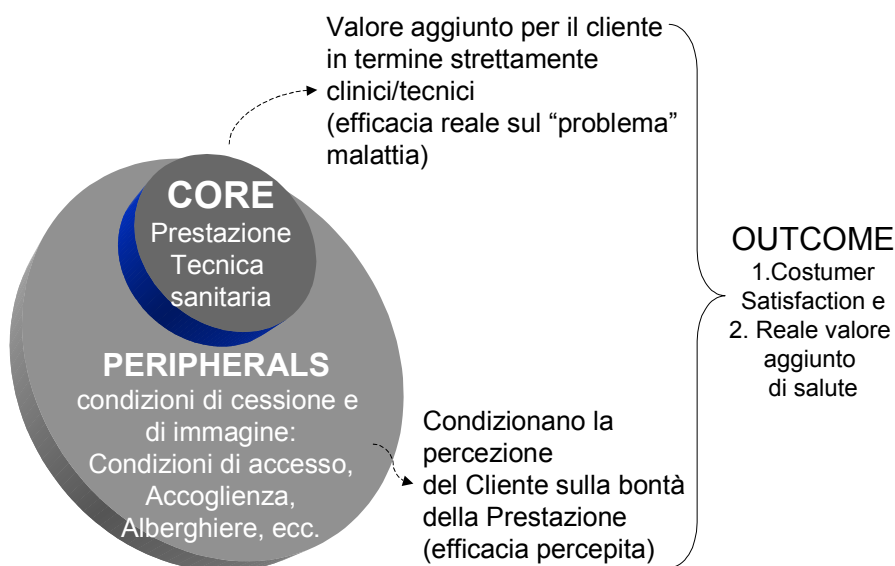
Il prodotto non equivale alla sola “prestazione tecnica” (core) ma vi sono anche altre componenti (peripherals) che sono importanti per il cliente e che fanno parte del prodotto stesso. Esso infatti, così inteso, deve contemplare nel suo interno le condizioni di cessione della prestazione e le condizioni di immagine nella quale avviene l’erogazione.

Il “core” rappresenta il valore aggiunto per il cliente in termini strettamente clinico/tecnici e cioè l’efficacia reale sul “problema” malattia.

I “peripherals” sono le condizioni di cessione e di immagine che cioè le condizioni di accesso, accoglienza, alberghiere, eccetera. Queste sono in grado di condizionare la percezione del cliente sulla bontà della prestazione (efficacia percepita).

Le condizioni di cessione sono le condizioni ambientali e relazionali in cui avviene la fornitura della prestazione. Le condizioni di immagine sono le condizioni percepite come utili e gradite dal cliente che incrementano la percezione del valore del prodotto fornito. Queste condizioni non sono in stretta relazione con il “core” che non viene influenzato da esse nella qualità della prestazione tecnica, ma i peripherals generano un valore aggiunto alla prestazione tecnica fortemente percepito dal cliente.

Fig. 3: Le due componenti del prodotto/prestazione complessa

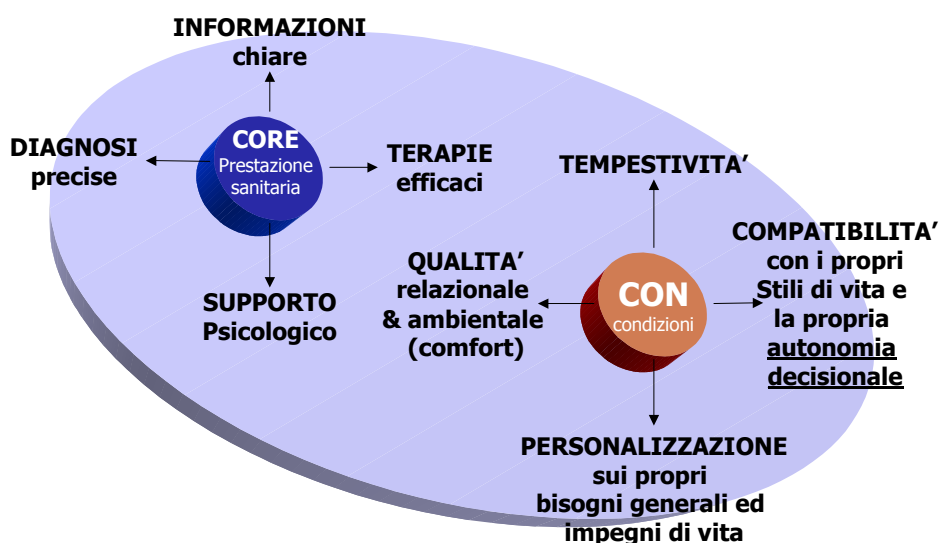


La prestazione richiesta dal paziente a una serie di dimensioni che ha descrivono non solo quantitativamente ma anche qualitativamente. Il cliente e infatti, esprimendo una domanda, richiede implicitamente che le prestazioni tecniche e sanitarie comprendano: informazioni chiare, diagnosi precise, terapie efficaci e supporto psicologico. Tutto questo è fornito con



condizioni di tempestività, compatibilità con i propri atti di vita e la propria autonomia decisionale, atti con una buona qualità relazionale ed ambientale (comfort), e con personalizzazione sui propri bisogni generali ed impegni di vita.

Fig. 4: Dimensioni della prestazione richiesta dal paziente. Componenti dell'output e da fornire da parte del professional



Infine il prodotto può essere definito tale solo se possiede le caratteristiche riportate nella tabella successiva.

Tab. 1: Caratteristiche per poter definire una prestazione “prodotto”

| | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | È in relazione con una domanda o un bisogno e finalizzato alla loro soddisfazione |
| 2 | Identifica chiaramente l'oggetto di cessione |
| 3 | Quantifica l'entità di cessione |
| 4 | Esprime un valore economico (utilità & soddisfazione di una domanda) correlato alla cessione |
| 5 | È correlato ai processi aziendali che lo realizzano |

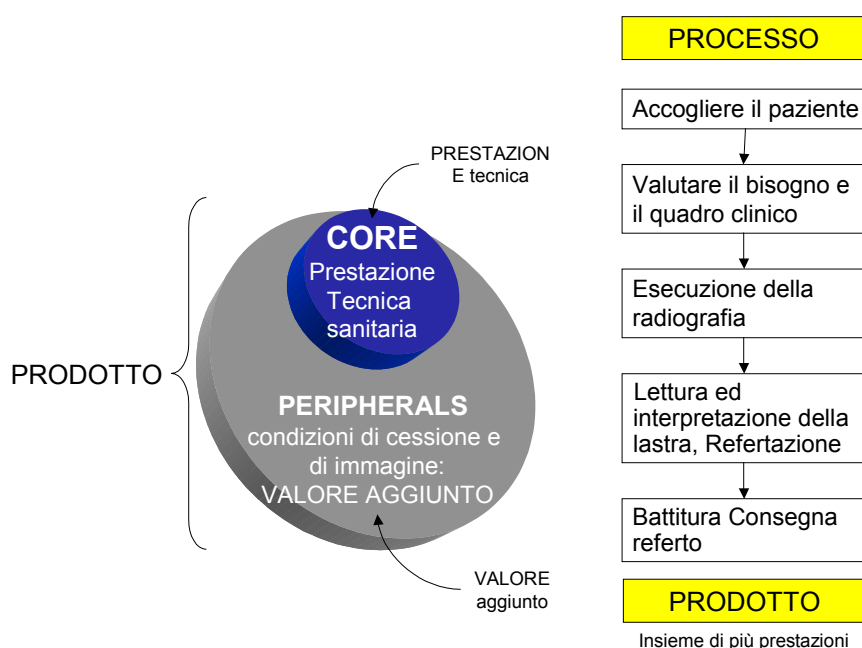
Il prodotto quindi deve essere visto come la conseguenza di una operazione di “cessione, ma anche di acquisto” in quanto può riguardare sia il nucleo produttivo erogante prestazioni

sanitarie ma anche il back office deputato all'acquisto di beni e servizi per potere rendere operativo il nucleo produttivo sanitario.

Il prodotto è il risultato di operazioni più o meno complesse e può essere definito anche "combinazione produttiva". Esso è l'oggetto dello scambio con il cliente nonché l'oggetto del giudizio.

Il prodotto visto come combinazione produttiva, e cioè come insieme di più prestazioni semplici, è molto importante per poter comprendere come definire anche i sistemi di rilevamento delle prestazioni.

Fig.5: La combinazione produttiva



Infine, sempre relativamente ai prodotti, si ricorda che ogni azienda/U.O. dovrebbe essere in grado di definire precisamente il suo "portafoglio prodotti" inteso come un listino delle prestazioni erogabili e tariffate. Questo permetterebbe di avere maggior chiarezza anche sulle prestazioni offerte e creerebbe sistemi molto più controllabili nel volume e nella qualità del servizio erogato.

Prestazioni

Con questo termine si deve intendere "l'azione prestata a qualcuno" a fronte di una domanda. Va distinta la "prestazione semplice", che è una "azione" che porterà, con il contributo di altre azioni (prestazioni semplici), alla realizzazione di un prodotto, dalla "prestazione complessa". Questo tipo di prestazione equivale "all'operazione" e cioè all'insieme delle azioni che l'operatore esegue per produrre un prodotto e che esitano in una operazione di cessione (e erogazione) ad un cliente che esprime una domanda.

Erogare quindi una prestazione complessa è una operazione di cessione di un prodotto. Dal punto di vista dell'operatore è "soddisfare una domanda esterna", mentre dal punto di vista



del cliente è "soddisfare un proprio bisogno" mediante l'utilizzo del prodotto e quindi "consumare".

Le figure successive riportano in sintesi questi concetti.

Fig. 6: Azioni, operazioni e prestazioni

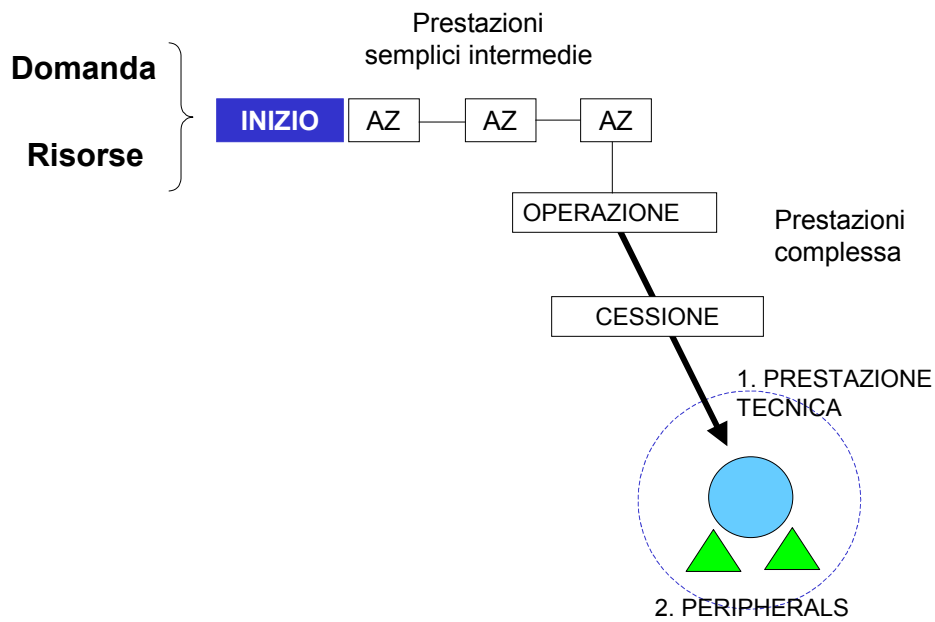
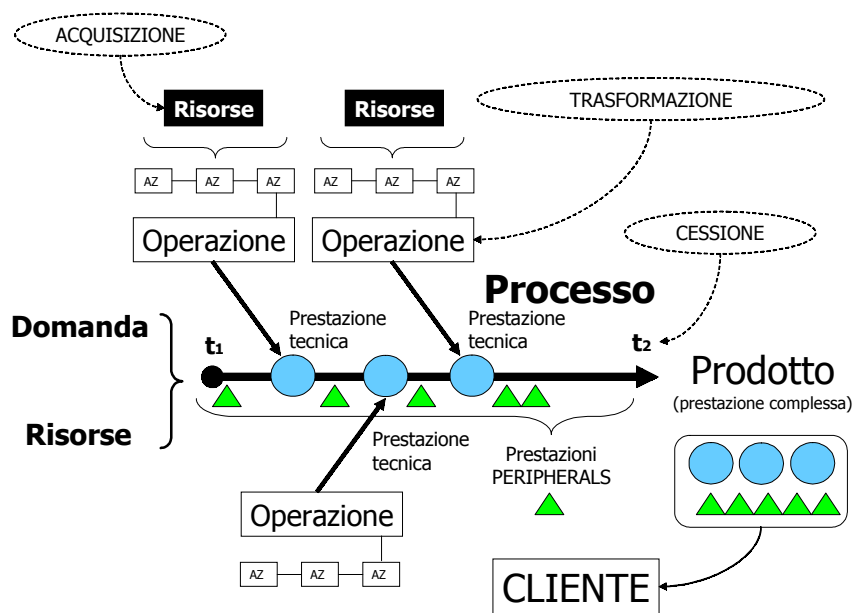


Fig. 7: Componenti del processo



Interdipendenze

Nel realizzare un prodotto vi può essere la concorrenza di più processi. Esistono infatti processi produttivi per singolo centro di responsabilità, concorrenti alla realizzazione di più prodotti con la messa in comune di operazioni.

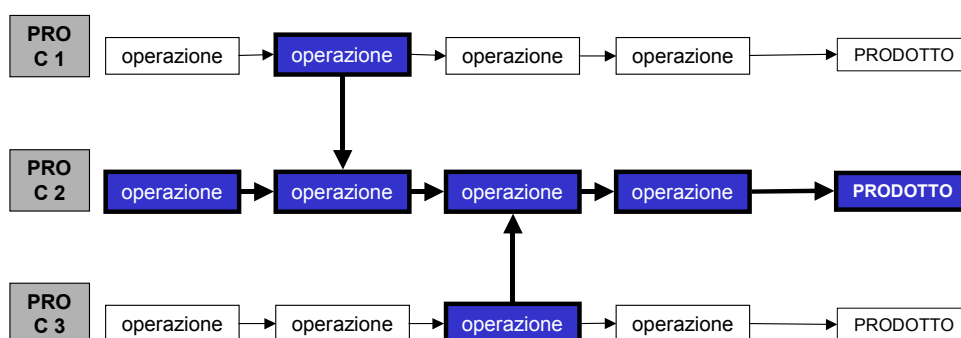
Queste relazioni tra processi vengono definite “interdipendenze” ed è molto importante definirle al fine di poter razionalizzare il percorso operativo.

L’interdipendenza è quindi la relazione tra due o più processi, a volte dipendenti da più centri di responsabilità, necessaria e vincolante per la realizzazione del prodotto. Essa viene sostenuta da:

1. utilizzo in comune di risorse (tecnologiche, spazi/logistica, professionalità/personale, conoscenze ecc.);
2. necessità di prodotti intermedi per realizzare il prodotto finale, forniti dai vari centro di responsabilità. Realizzazione delle sotto componenti del prodotto (tempi e sequenze produttive) è “multicontroller” cioè dipendente da vari centri di responsabilità.

La figura successiva rappresenta informa visiva questi concetti.

Fig. 8: Concorrenza di più processi alla realizzazione del prodotto



IL PERCORSO DEL PAZIENTE

Il processo produttivo può essere visto anche attraverso l’analisi del percorso del paziente all’interno della struttura sanitaria. Il “percorso del paziente” è il tragitto che fa il paziente, affetto da una data patologia, all’interno dell’azienda o dell’unità organizzativa, valutato tramite la sequenza temporale delle varie prestazioni che riceve negli ambienti di erogazione (Centro di Responsabilità - CdR e Centro di Costo - CdC), attraverso i quali la persona transita durante le attività di diagnosi, cura e riabilitazione (Casati 2000).

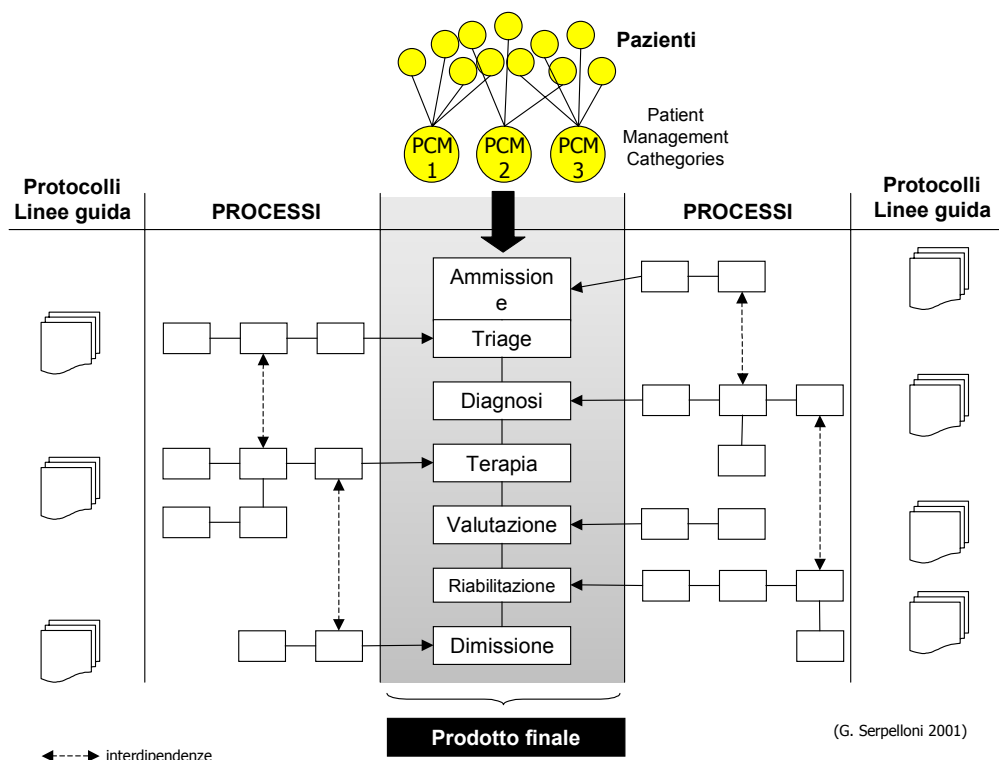
Esistono diversi percorsi in base alle diverse patologie da affrontare. I pazienti in ingresso vengono infatti raggruppati in “Patient Management Categories” e avviati sui vari percorsi. Essi vengono formalizzati in algoritmi e corredati da opportuni protocolli, linee guida e quant’altro necessario per definire e standardizzare non solo la sequenza delle azioni ma anche le singole operazioni tecnico scientifiche quali per esempio le somministrazioni di farmaci, la esecuzione di particolari e complessi esami diagnostici.

Durante queste attività il paziente viene in contatto con diversi processi che, in base alle esigenze di diagnosi e cura, erogano una serie di prestazioni.

Il percorso del paziente non va quindi confuso con i processi eroganti prestazioni ma è una situazione più complessa che può orientare la lettura organizzativa in maniera molto differente.



Fig. 9: Il percorso del paziente



ALCUNE INDICAZIONI SUL SISTEMA ACTIVITY BASED MANAGEMENT, **ABM**

(sintesi tratta da "Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità". G. Casati 1999, EGEA)

Premesse

Con il termine Activity Based Management (di seguito ABM) traducibile con "gestione integrata per attività" si intende un modello di analisi e valutazione della gestione basata sulle attività e sui processi e non, come tradizionalmente avviene, sulle risorse e sul risultato complessivo finale.

L'ABM fonda le sue motivazioni sulla constatazione che il dirigente non governa il risultato finale, bensì le attività, intese anche come output intermedi, e i processi che lo determinano. Sono infatti le attività che consentono di analizzare, trasformare, movimentare, presentare, vendere o erogare i prodotti (o le prestazioni) e i servizi.

Per ABM si intende quindi una logica di analisi della realtà aziendale basata sulle attività e sulle modalità con le quali esse si integrano e si combinano rispetto a specifici processi aziendali.

La finalità di tale approccio si concentra, prevalentemente, sulla necessità di comprendere le modalità di funzionamento dell'azienda nella gestione dei processi con un forte orientamento al miglioramento di questi ultimi intervenendo sia sull'organizzazione e sui meccanismi di integrazione sia sulle modalità di sviluppo dei processi.

La mappatura delle attività aziendali e la riproduzione dei legami tra esse esistenti ha successivamente evidenziato che l'analisi e la valutazione dei processi rappresenta un traguardo conoscitivo decisamente superiore a quello rappresentato dai costi per prodotto.

Il sistema ABM è anche una modalità di rappresentazione di ciò che viene fatto all'interno dell'organizzazione al fine di supportare i processi di ingegnerizzazione e reingegnerizzazione. Introducendo l'approccio ABM si opera quindi uno spostamento dell'attenzione dall'aspetto economico a quello qualitativo: con ciò non si vuole sostenere che il dato di costo viene accantonato sul piano decisionale per essere sostituito da altre informazioni ma che, sul piano della concreta possibilità di intervento gestionale da parte della dirigenza medica, risulta molto più efficace disporre di un'informazione che esplicita le modalità con le quali si sviluppa un determinato processo. Ciò rappresenta, tra l'altro, l'avvio di un sistematico confronto tra processo atteso ed effettivo, stimolando, in tal modo, gli interventi gestionali volti a migliorare la coerenza tra ciò che viene fatto e ciò che deve essere fatto. L'elemento qualitativo, in quest'ultimo approccio, emerge fortemente, soprattutto in contesti professionali, quando il processo di riferimento o quello atteso è rappresentativo di uno specifico livello qualitativo del servizio prodotto ed erogato.

In altre parole, attraverso il sistema ABM è possibile attivare logiche di *continuous improvement*, che ne rappresentano la finalità principale, fondate sul costante monitoraggio dei processi e l'individuazione delle azioni per il loro miglioramento. Secondo questa logica, gestire attraverso le attività non significa limitare la propria azione al governo dell'esistente, ma trova concreta espressione in un processo ininterrotto ed assiduo di potenziamento e miglioramento di tutti gli aspetti d'azienda.

Il sistema ABM è una logica di gestione che fonda le sue radici sulla consapevolezza che, prima dei dati contabili e dei valori relativi ai risultati prodotti, è necessario agire sulle attività che determinano i risultati. Nella sostanza, infine, il sistema ABM si propone di gestire le attività e non necessariamente i costi ad esse connessi.

L'ABM nasce, come si è accennato, quale moderna risposta al problema del governo e della gestione delle aziende complesse recependo, nei suoi contenuti e nella metodologia proposta, l'evoluzione delle aziende da forme semplici, monoprodotto o basate su una divisionalizzazione spinta del settore produttivo, a forme complesse, multi prodotto con scarsa divisionalizzazione, e con output sempre più caratterizzati dalla congiunzione di beni materiali e servizi.

Sul piano delle finalità, oltre al citato *continuous improvement*, quelli del sistema ABM sono complessivamente semplici e rappresentano l'insieme delle aspirazioni di qualunque dirigente. In sintesi esse sono le seguenti (I.A. Brim-son, I. Antos, 1994; P. Zanenga, A. Amaglino, 1994):

1. aumento del valore (non strettamente in senso economico), per il cliente, del bene o servizio ceduto (*customer satisfaction*);
2. riduzione o eliminazione dei costi inutili;
3. aumento dell'integrazione aziendale;
4. aumento delle capacità di comprensione delle modalità di funzionamento e di formazione dei costi nell'azienda e, conseguentemente, sviluppo delle capacità previsionali.

La portata innovativa dell'ABM, consiste nel completare e sistematizzare i concetti fondamentali della qualità totale in uno strumento applicativo che stravolge le modalità tradizionali d'osservazione dell'azienda. I settori, servizi, divisioni e uffici, che rappresentano l'oggetto di analisi dell'approccio tradizionale, vengono sostituiti con i concetti di attività e di processo.

Tale modo di osservare l'azienda garantisce, affermano i sostenitori dell'ABM, una serie di vantaggi di estremo rilievo (I.A. Brimson, I. Antos, 1994; P. Zanenga, A. Amaglio, 1994):



1. L'attività può essere vista come una microazienda con possibilità di identificare «clienti» e «fornitori» (siano essi interni od esterni all'azienda). Rispetto ad esse è possibile determinare i costi sostenuti e il valore generato (in termini di qualità percepita) rispetto ad output specifici. Ciò consente di osservare l'azienda come un insieme di relazioni, che si realizzano in un contesto di «mercato» o «quasi mercato» e non sulla base dei ruoli gerarchici.

2. L'individuazione delle attività, quando determina anche l'assegnazione di specifiche responsabilità organizzati ve rispetto ad esse, genera un processo mediante il quale il singolo operatore si sente coinvolto non solo nell'ottenimento di un determinato output (per es. numero di prestazioni prodotte rispetto alle risorse impiegate) ma anche nel miglioramento della qualità del servizio prodotto. Tale processo, denominato «*empowerment*», orienta gli operatori a comportamenti di disponibilità a comprendere le esigenze specifiche del «cliente», di riduzione dei tempi di erogazione e di propositività nei confronti della direzione per il miglioramento dei processi.

3. La possibilità di strutturare le attività nell'ambito di processi aziendali consente di avere una visione orizzontale dell'organizzazione e un chiaro quadro dei livelli di integrazione.

4. l'analisi delle modalità con cui le attività si combinano al fine di generare gli output dell'azienda consente di giungere alla comprensione dei processi e, in prospettiva, di procedere ad una loro continua revisione finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti. In tal modo viene attivato un «circolo virtuoso», denominato «*business process reengineering*», che coinvolge tutti gli operatori dell'azienda.

5. l'individuazione dei legami di causa/effetto tra attività e costi e tra attività e processi consente di isolare le leve gestionali (*driver*) sulle quali è possibile intervenire per modificare il valore generato.

Alcune definizioni

Attività

Per attività si intende un'entità, non necessariamente coincidente con una struttura fisica, definibile come sistema economico elementare che produce output acquisibili dal suo mercato (interno o esterno).

L'aggettivo "elementare" non deve fare ritenere che qualunque "operazione" effettuata all'interno dell'organizzazione possa essere considerata come attività. Essa, semmai, è rappresentata da un insieme di operazioni combinate in modo tale da generare un output "acquisibile" dal mercato. Il cliente può essere "esterno", nel caso sia un paziente o un'azienda che si rivolge al sistema sanitario, o "interno" nel caso in cui si tratti di un settore/ufficio/unità operativa interna all'azienda che fruisce dei prodotti/prestazioni di un altro settore/ufficio/unità operativa della stessa azienda.

L'attività deve essere caratterizzata dai seguenti elementi:

1. assorbire un insieme specifico di risorse;
2. generare un output visibile e misurabile;
3. avere uno o più «clienti», interni o esterni all'azienda, chiaramente individuabili;
4. essere monitorata mediante uno più indicatori di performance.

Ciascuna attività individuata assorbe uno specifico quantitativo di risorse (personale, materiali, tecnologia e, anche, altre attività) al fine di produrre un output impiegato nella produzione di prestazioni complesse.

L'attività quindi descrive le *modalità* con le quali un'azienda trasforma delle risorse per ottenere uno specifico output.

Macrotipi di attività

I processi che danno luogo a servizi “vendibili”, in senso stretto, rappresentano solo una parte dell’insieme dei processi aziendali. Esistono infatti una serie di attività non orientate direttamente alla produzione di prestazioni, che vengono definite “di supporto o ausiliarie”.

1. Attività di supporto o ausiliarie

Con il termine “attività di supporto” o ausiliarie ci si riferisce a quelle che non producono prestazioni in senso tecnico, come per esempio l’attività di direzione e coordinamento, prestazioni che non fanno direttamente parte dei processi produttivi che rappresentano l’oggetto dell’azienda, per esempio le movimentazioni di magazzino. Le attività di supporto non sono quindi direttamente riferibili ai processi orientati alla produzione delle prestazioni finali.

2. Attività prestazione (2.1 primarie, 2.2 secondarie)

Le **attività prestazione**, invece, sono quelle che producono un output di tipo sanitario (per es. la visita) o non sanitario (il pasto per i degenti) pur che faccia parte integrante dei processi produttivi tipici dell’azienda. Gli output delle attività prestazione, tuttavia, possono contribuire direttamente alla produzione di una prestazione complessa, successivamente ceduta all’esterno dell’organizzazione che l’ha prodotta, o esserne semplicemente una componente indiretta e, in questo caso, rappresentare uno dei fattori di input di un’altra attività. Al fine di identificare distintamente le due tipologie di attività è opportuno classificarle rispettivamente in *primarie* e *secondarie*.

In generale sono attività prestazione *primarie* quelle che producono un output completo e fruibile da un soggetto esterno alla microrealtà organizzativa che lo ha prodotto (prestazione cedibile). È il caso, a titolo esemplificativo, di una visita ambulatoriale, di una prestazione di laboratorio (indipendentemente che venga effettuata su un paziente esterno o a favore di un ricoverato) o della dimissione di un paziente ricoverato o, nel caso di servizi territoriali, di una vaccinazione o di un’ispezione ad un’impresa.

Sono attività di prestazioni *secondarie*, invece, quelle che producono output parziali e non cedibili autonomamente. In altre parole esse fanno parte di processo produttivo interno alla microrealtà organizzativa che produce, in combinazione con altre attività, la prestazione complessa quale output di un’attività primaria. Questa si configura come attività prestazione secondaria in quanto non cedibile separatamente .

Al fine di chiarire il concetto di “attività”, si consideri l’esempio nella tabella successiva, relativo ad un generico processo di ricovero.

Funzione: è un’aggregazione di attività correlate da una finalità comune (per esempio la funzione acquisti, quella produttiva ecc.);

Processo: è un’insieme di attività fra loro correlate ed interdipendenti in ragione dell’output finale (per esempio le attività legate all’assunzione di personale).

Operazione: è l’unità di lavoro più elementare utilizzata per scopi di programmazione o controllo.

Task: è una combinazione di operazioni che caratterizzano un’attività. In altri termini, è rappresentativo del risultato dell’attività.

Cost driver: con tale termine si intende il fattore caratterizzante l’attività rispetto al quale è possibile ricostruire o prevedere le modalità con le quali si sono formati o si formeranno i costi. Il concetto di cost driver trova un utile impiego soprattutto in ambito dell’activity base costing. È infatti rispetto a tale fattore che si giunge a determinare le modalità di ribaltamento dei costi indiretti tra diverse attività e tra queste ultime e processi. Esso, peraltro, ha un’utilità rilevante anche in ambito ABM in quanto rappresenta il fattore sul quale incidere allo scopo di avviare il

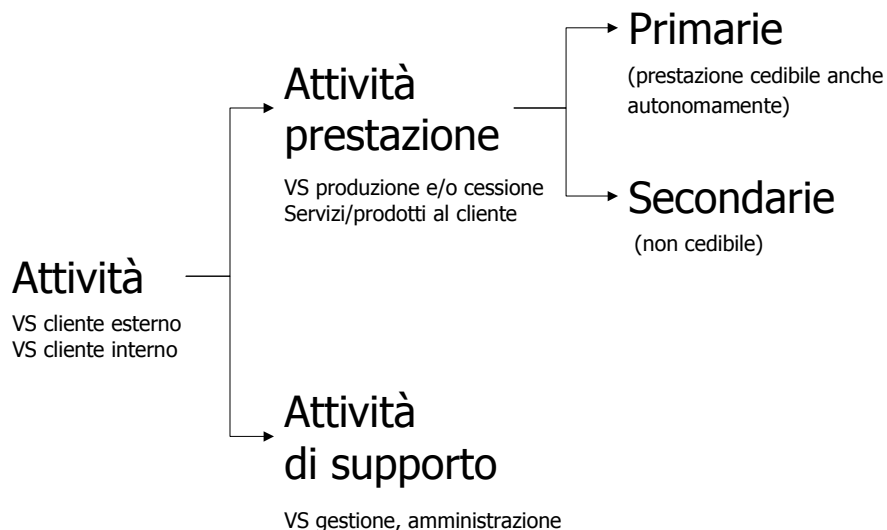


processo di miglioramento continuo. Generalmente il cost driver è rappresentato da un indicatore prestazionale (visite, giornate di degenza, vaccinazioni, certificati, ecc.). In alternativa, quando l'indicatore prestazionale risulta inadeguato in quanto non rappresentativo di una quantità di risorse assorbite (per esempio le ispezioni sugli allevamenti), è possibile utilizzare, quale proxy di un indicatore di processo, il fattore produttivo «guida» nell'impiego delle risorse (per esempio: ore uomo, ore macchina o il tempo di esecuzione necessario per la produzione dell'output) o indicatori espressivi della complessità organizzativa (per esempio, soprattutto per le attività di coordinamento, di direzione o di manutenzione, il numero di operatori coinvolti o il numero o dimensione dei locali o il numero dei pezzi o il valore della tecnologia impiegata);

Output: con tale termine ci si riferisce a ciò che esce dall'attività. L'output rappresenta il prodotto che arriva sul mercato (interno o esterno all'azienda). Il cost driver è rappresentato dal numero di determinazioni effettuate, comprese quelle per la taratura degli strumenti e quelle per errori o per la verifica in doppio dei positivi, mentre l'output è rappresentato dal numero di determinazioni refertate, ossia di quelle "vendute"

Indice di performance: esso consente di ottenere un dato sintetico sulle attività al fine di valutarne il grado di efficienza ed efficacia e, da un certo punto di vista, potrebbe essere impiegato anche al fine di stabilire gli obiettivi. Generalmente l'indicatore di performance è definito dal rapporto tra cost driver e output. Riprendendo l'esempio precedente potrebbe essere rappresentato dal rapporto tra determinazioni effettivamente repertate e fatte. In tal modo è possibile rendere conosciuto il numero di prestazioni necessarie o effettuate per determinazione refertata.

Fig. 10: Tipi di attività



Tab. 2.: Attività versus cliente esterno, esempio per ricovero chirurgico (da G. Casati 1999 modificato da G. Serpelloni 2002)

| ATTIVITÀ PRESTAZIONE | | ATTIVITÀ DI SUPPORTO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primarie | Secondarie | |
| <i>Producono un output completo e fruibile da un soggetto esterno alla microrealtà organizzativa che lo ha prodotto</i> | <i>Producono output parziali e non cedibili autonomamente. fanno parte di processo produttivo interno in quanto non cedibile separatamente .</i> | <i>Non producono prestazioni in senso tecnico, non fanno direttamente parte dei processi produttivi che rappresentano l'oggetto di cessione dell'azienda, non sono direttamente riferibili ai processi orientati alla produzione delle prestazioni finali.</i> |
| | Prenotazione del ricovero. | Schedulazione di segreteria. |
| Presenza in carico del paziente (accoglienza e prima valutazione). | Apertura cartella e registrazione. | Direzione e coordinamento. |
| | Preparazione della stanza. | Organizzazione, gestione del personale e produzione servizi interni. |
| | Definizione del quadro anamnestico (e successive revisioni). | |
| | Somministrazione pasti. | |
| Spostamenti da/a centri diagnostici. | | |
| Valutazione diagnostica con richiesta accertamenti diagnostici (prestazioni singole): - visita medica - test ecc. | Trasferimenti da/a altri reparti. | |
| | Interpretazione accertamenti diagnostici con restituzione dei risultati. | |
| Formulazione diagnosi e impostazione terapie. | | |
| Verifica parametri vitali. | Richiesta farmaci. | Acquisto farmaci e presidi. |
| Somministrazione terapie. | Preparazione per l'intervento chirurgico. | Manutenzione delle sale operatorie. |
| | Spostamenti da/a sala operatoria. | |
| Intervento chirurgico e gestione del postoperatorio. | Assistenza specifica di supporto della fase intensiva | Gestione generale dei reparti |
| | Completamento cartella clinica. | Archiviazione delle cartelle cliniche. |
| Stesura e consegna della relazione clinica sullo stato di salute per il paziente. | | |
| Dimissione. | | Valutazione del volume produttivo e dei costi. |



LA MISURAZIONE DEI PRODOTTI

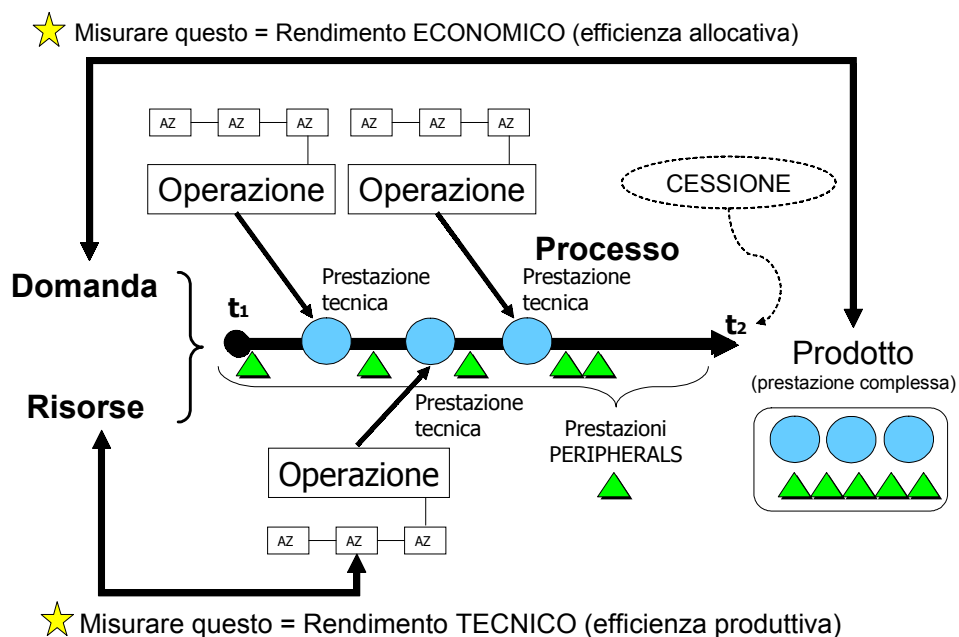
La misurazione dei prodotti, in termine di prestazioni erogate, non è cosa semplice soprattutto per i servizi territoriali a regime ambulatoriale.

Prima di iniziare la definizione sistema di misurazione è utile avere ben chiaro quale il modello concettuale a cui si fa riferimento nell'ambito della misurazione del rendimento. Tutto questo al fine di non confondere il rendimento economico con il rendimento tecnico. Nel primo caso infatti si parla di valutazione dell'efficienza allocativa e cioè di quanto e in grado il prodotto erogato di soddisfare una domanda.

Nel secondo caso si parla invece di efficienza produttiva e cioè di come sono state utilizzate le risorse in relazione alle azioni eseguite all'interno del processo per realizzare il prodotto.

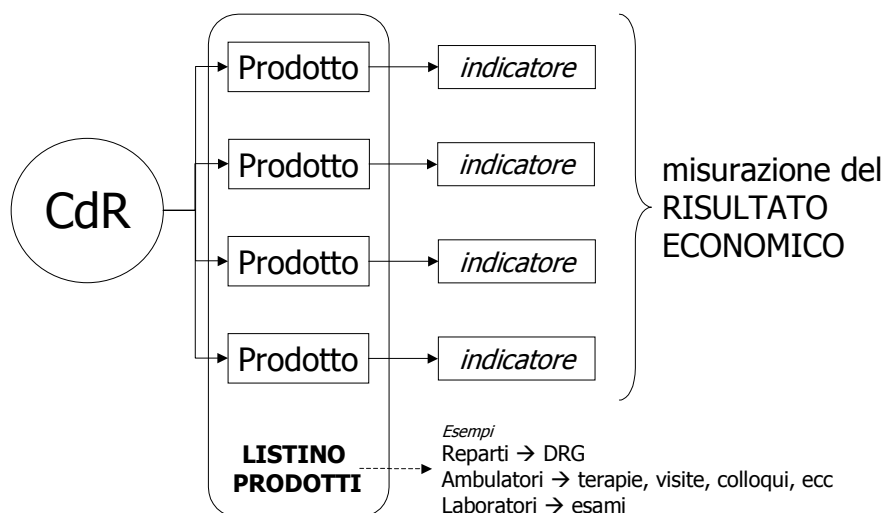
La figura successiva chiarisce questi concetti.

Fig. 11: Misurazione dei rendimenti



Per misurare un prodotto si deve agganciare tale prodotto ad un indicatore in grado anche di poter evidenziare il risultato "economico" cioè il grado di soddisfazione della domanda. Come già detto, ogni centro di responsabilità dovrebbe avere il suo "listino prodotti".

Fig. 12: Prodotti, indicatori e CdR



Gli indicatori devono essere agganciati ad ogni singolo prodotto vanno identificati per singolo centro di responsabilità. Gli indicatori devono possedere alcune caratteristiche di base in modo tale da poter essere realmente utilizzabili. Tali principali caratteristiche sono riportate nella tabella successiva.

Tab. 3: Caratteristiche degli indicatori per CdR

| | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Sintetici (n. tra i 15 –20 indicatori) |
| 2 | Quantitativi |
| 3 | Devono poter essere correlabili con le risorse impiegate |
| 4 | Di supporto al processo di budget (valutazione dell'efficienza produttiva – rapporto risorse/prestazioni) |
| 5 | Espressivi di un bisogno/domanda a cui si deve dare risposta e correlata alla mission/finalità dell'azienda. (valutazione dell'efficienza allocativa – valutazione dell'evasione della domanda con l'offerta) |
| 6 | Collegato ad uno specifico CdR |
| 7 | Condiviso |

Nel definire gli indicatori, oltre al nome della prestazione a cui sono agganciati, sarà utile identificare e specificare anche altre caratteristiche e condizioni come riportato nelle figure successive. Il prodotto (prestazione complessa), può essere infatti descritto utilizzando una serie di specifiche a livelli successivi che possono usufruire anche di specifici software che agevolano la compilazione.



Fig. 13: Altre caratteristiche che descrivono la prestazione (esempio)

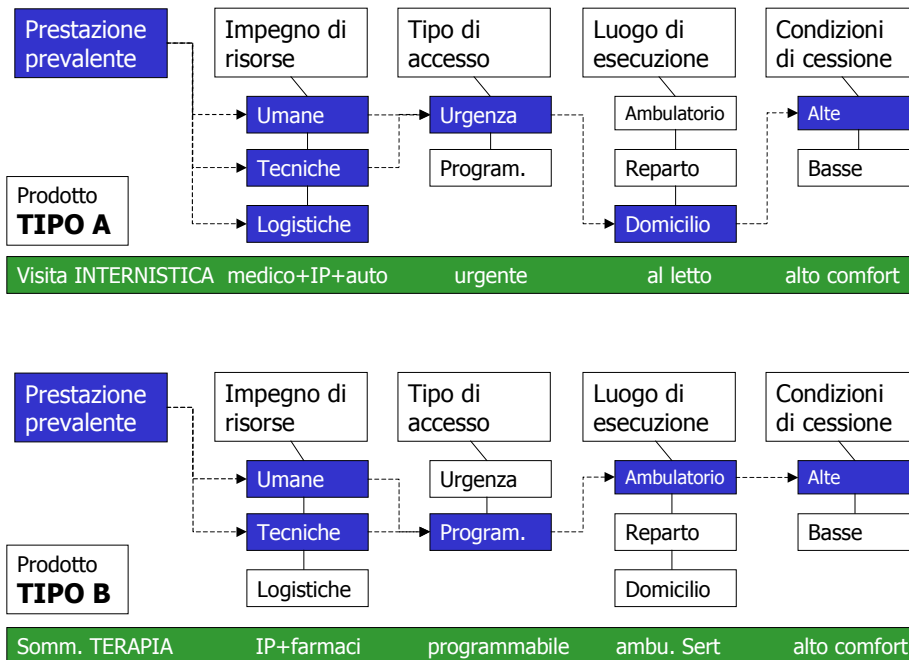
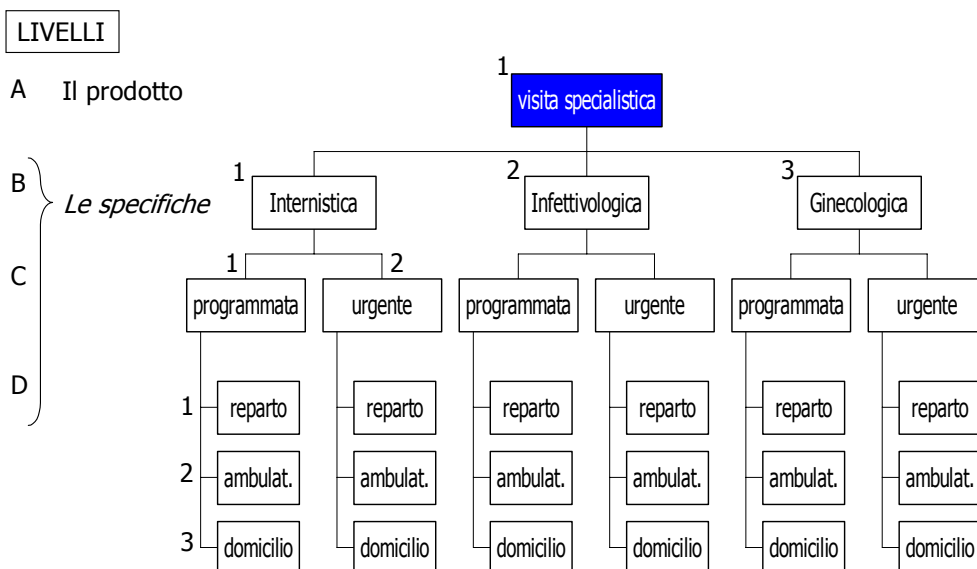


Fig. 14: Classificazione ad albero dei prodotti



PRODOTTI E PRESTAZIONI IN AMBITO TERRITORIALE/AMBULATORIALE

Il “prodotto” è la “prestazione complessa” erogata per rispondere ad una domanda (visita specialistica, colloqui psicologico, test, ecc.)

La scelta degli indicatori dipende anche dal rapporto che si instaura con il cliente:

Nel rapporto occasionale, dove non si ha con il cliente un rapporto continuativo finalizzato ad una vera e propria presa in carico con l'instaurazione di terapie che hanno bisogno di essere seguite e monitorate nel tempo, l'indicatore principale è il numero e il tipo di prestazioni erogate.

Nella rapporto continuativo invece, dove si instaura con il cliente un rapporto duraturo con frequenti accessi e terapie complesse che hanno bisogno di essere seguite nel tempo (come la terapia sostitutiva con metadone), oltre al numero di prestazioni erogate (volume) devono essere utilizzati anche degli indicatori di complemento quali il numero di giorni di carico/terapia, il numero di clienti in carico, il tempo medio di carico/paziente e il numero di prestazioni/paziente (densità prestazionale).

Per questi aspetti anche di tipo finanziario si rimanda all'articolo sulla valutazione dei costi. In questa sede ci basta ricordare che esistono differenze tra i vari valori monetari che spesso si usano come termini omologhi ma che hanno invece significati diversi.

Tab. 4: Valori monetari del prodotto

| | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREZZO | valore di scambio di un bene o un servizio. Si forma sul mercato per l'incontro Domanda-Offerta. È una misura del valore dell'utilità |
| TARIFFA | valore di scambio del prodotto che viene PREdeterminato. Non si forma non dal mercato (incontro domanda-offerta) |
| SPESA | valore di acquisto delle risorse. Corrispondente all'esborso |
| COSTO | valore del bene “al momento del consumo” non al momento dell'acquisto |

UN SISTEMA PER LA REGISTRAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI NEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (MFP – OUTPUT ©)

In base alle considerazioni precedentemente esposte si è messo a punto un sistema per la registrazione e valutazione delle prestazioni erogate all'interno di un Dipartimento delle dipendenze.

L'attività socio-sanitaria in generale e nei SerT in particolare, si compone di due grossi aspetti: da un lato le prestazioni che gli operatori erogano nel corso della loro attività di routine rivolta alla “cura” del paziente con problemi di tossicodipendenza e le patologie ad essa correlate, dall'altro la ricaduta che questi interventi hanno sulla salute o sulla modificazione rispetto all'abuso di sostanze dei pazienti stessi (cioè la valutazione degli esiti dei trattamenti). In questa sede ci occuperemo essenzialmente del primo aspetto.

L'attività clinico-assistenziale nei SerT è connotata da una particolare complessità essendo essa composta da numerosi aspetti che vanno da quello strettamente sanitario a quello sociale e di sostegno psicologico. Tale attività genera quindi una notevole quantità di prestazioni erogate, diverse per tipologia e per entità, che necessitano di una loro identificazione e standardizzazione. Questo tipo di operazione permette innanzitutto di avere una idea realistica della mole di lavoro che esiste nei SerT, ma anche di capire la tipologia delle prestazioni erogate, i carichi di lavoro e conseguentemente le dotazioni organiche idonee.

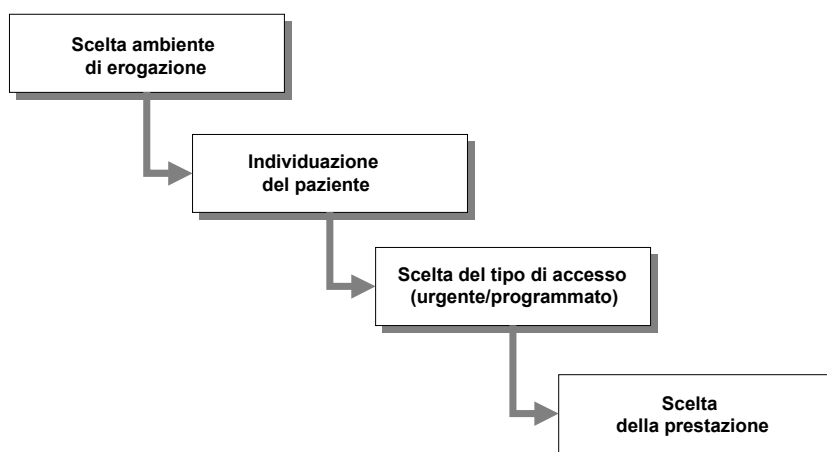
Da un punto di vista generale possiamo dire che prima di arrivare ad identificare la prestazione erogata e procedere al suo inserimento, è necessario tenere conto di un algoritmo



logico che prevede innanzitutto l'individuazione degli ambienti in cui essa viene erogata (es. ambulatorio, reparto, day hospital, comunità, domicilio). Questo permetterà successivamente di identificare i flussi prestazionali della struttura e di ricostruire in questo modo il percorso assistenziale del paziente.

Successivamente, oltre ad identificare il paziente nei confronti del quale è stata eseguita la prestazione, è indispensabile individuare il tipo di accesso della prestazione stessa (in regime di urgenza o programmata) poiché essa verrà tariffata in modo diverso.

Fig. 15: sequenza per la registrazione delle prestazioni



Conseguentemente si è proceduto alla individuazione delle prestazioni che vengono erogate durante l'attività routinaria all'interno del dipartimento.

Si sono identificati innanzitutto due principali aspetti di attività: attività prestazione ed attività di supporto (macrotipi di attività).

Le prime possono essere definite come quelle rivolte specificatamente alla gestione del paziente ed alle sue problematiche, mentre le seconde comprendono tutte quelle attività che non hanno una ricaduta immediata sul paziente, ma che fanno parte di quel corollario di attività che comprendono gli aspetti amministrativi e di ricerca indispensabili per permettere l'aggiornamento del personale e la gestione di un dipartimento.

I macrotipi di attività sono stati individuati mediante disamina attenta delle procedure operative relativamente all'attività sul paziente e alle attività di supporto.

In questo modo si sono individuati 17 macrotipi prestazione che descrivono in maniera compiuta ed esaustiva tutte le attività che i vari operatori svolgono nei confronti degli utenti, e 6 macrotipi di attività di supporto.

In questa sede ci occuperemo esclusivamente delle attività prestazione, ripromettendoci di approfondire in altra occasione gli aspetti riguardanti le attività di supporto. (tab. 5)

Tab. 5: Codifica Macrotipi delle Attività Prestazione

| N° | OUTPUT |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| MACROTIPI DELLE ATTIVITÀ PRESTAZIONE | |
| ST - 001 | Attività telefonica |
| ST - 002 | Relazioni |
| ST - 003 | Altre relazioni |
| ST - 004 | Visite domiciliari |
| ST - 005 | Visite - colloqui |
| ST - 006 | Riunioni sul caso |
| ST - 007 | Vaccinazioni |
| ST - 008 | Esami chimico - clinici |
| ST - 009 | Somministrazione farmaci |
| ST - 010 | Psicoterapia individuale |
| ST - 011 | Psicoterapia familiare |
| ST - 012 | Conduzione gruppi |
| ST - 013 | Test |
| ST - 014 | Attività in struttura semiresidenziale |
| ST - 015 | Interventi socio - riabilitativi |
| ST - 016 | Attività di prevenzione |
| ST - 017 | Rapporti con comunità terapeutiche |

Ad ogni macrotipo è stata agganciata un descrizione sintetica che permette di individuarne la natura ed è stata identificata, laddove possibile, una unità di misura per il suo conteggio (indicatore di output). (tab. 6)

Tab. 6: Descrizione sintetica Macrotipi delle Attività Prestazione e identificazione degli indicatori

| CODICE | MACRO CATEGORIE DI OUTPUT | DESCRIZIONE | INDICATORE |
|----------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ST - 001 | Attività telefonica | Qualunque attività telefonica in entrata e in uscita esclusivamente e direttamente riguardanti il paziente (es. informazioni generali, contatti per casi specifici con medico di base, ospedaliero, operatori di altre strutture, enti ecc.), esclusa l'attività amministrativa gestionale | N di contatti |
| ST - 002 | Relazioni | Comprende le diverse relazioni sul caso prodotte per l'esterno, le relazioni su invii, segnalazioni ed altre relazioni a fini giudiziari, le certificazioni e la produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati, per gli usi consentiti dalla legge, ed il rilascio di ricetta o impegnativa – senza visita | N di relazioni e certificazioni |
| ST - 003 | Altre relazioni | Comprende rapporti sulle attività assistenziali della struttura per i competenti organi istituzionali, rapporti | N |



| | | | |
|----------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | | epidemiologici, rapporti per specifici progetti riguardanti l'utenza | di relazioni |
| ST - 004 | Visite domiciliari | Riguarda le visite effettuate agli utenti presso il domicilio, ma anche presso l'ospedale, presso altre strutture esterne (come ad esempio comunità terapeutica, strutture del privato sociale, carcere, appartamenti protetti) compresa l'eventuale contestuale somministrazione di terapie. | N di visite effettuate |
| ST - 005 | Visite - colloqui | Comprende il colloquio di accoglienza, il colloquio di counselling psicologico, sociale, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, psicologico, sociale, infermieristico, controlli di monitoraggio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per la visita/colloquio | N di visite - colloqui |
| ST - 006 | Riunioni sul caso | Comprende gli incontri in sede e fuori sede con operatori diversi su singoli casi clinici | N di riunioni |
| ST - 007 | Vaccinazioni | Comprende l'esecuzione diretta della vaccinazione e la programmazione ed il controllo degli esami | Numero di vaccinazioni |
| ST - 008 | Esami chimico - clinici | Comprende l'esecuzione di prelievi ematici, microbiologici e la raccolta di campioni urinari, nonché l'attività di richiesta e di registrazione degli stessi | N di esami |
| ST - 009 | Somministrazione e consegna farmaci | Somministrazione diretta di farmaci, consegna di terapia per il domicilio, compresa la registrazione il carico e lo scarico | N di somministrazioni/consegne |
| ST - 010 | Psicoterapia individuale | Comprende interventi psicoterapeutici sull'individuo | N di sedute |
| ST - 011 | Psicoterapia familiare | Comprende interventi psicoterapeutici sulla famiglia o sulla coppia | N di sedute |
| ST - 012 | Conduzione gruppi | Comprende interventi psicoterapeutici sul gruppo, assistenza ai gruppi di auto-aiuto, conduzione (supervisione - formazione) di operatori | N di riunioni |
| ST - 013 | Test | Comprende la somministrazione e valutazione di test, questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico | N di test somministrati |
| ST - 014 | Attività di supporto in struttura semiresidenziale | Comprende tutte le attività informali di gestione dei pazienti all'interno di centri diurni o residenziali | N di attività eseguite |
| ST - 015 | Interventi socio - riabilitativi | Comprende tutti quegli atti finalizzati all'approntamento di risorse specifiche per le azioni di reintegrazione sociale del paziente (attività lavorative, ricreative, contributi economici, reperimento alloggi ecc.) | N di interventi effettuati |
| ST - 016 | Attività di prevenzione | Comprende tutti gli interventi sul territorio (presso scuole, CIC, gruppi informali, operatori di strada) comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi | N di interventi effettuati |
| ST - 017 | Rapporti con comunità terapeutiche | Comprende l'attività istruttoria per l'iscrizione all'albo regionale degli Enti Ausiliari ed i successivi interventi di verifica, l'attività per l'inserimento in comunità, il monitoraggio del programma del singolo paziente | N di contatti effettuati |

Successivamente ogni macrotipo prestazione è stato a sua volta suddiviso in prestazioni specifiche, individuando tutte quelle che descrivevano in maniera esaustiva le attività della struttura. Questa operazione è stata realizzata con estrema cura poiché ha comportato l'analisi

approfondita dei servizi forniti e delle procedure messe in atto per la loro erogazione. Inoltre le prestazioni identificate devono descrivere il più compiutamente possibile tutte le mansioni svolte dalle varie figure professionali, al fine di registrare e successivamente dare un'idea complessiva del tipo e della quantità di lavoro svolto.

Tra le prestazioni individuate si sono poi identificate quelle comprese anche nel Nomenclatore Tariffario Regionale, agganciando ad esse il codice regionale e la tariffa corrispondenti. Quest'ultima operazione è indispensabile per potere attuare successivamente il recupero delle mobilità extra aziendale (tab. 7).

Tab. 7: Prestazioni erogate

| MACROTIPI DI OUTPUT | CODICE ULSS | CODICE REGIONALE | PRESTAZIONI SPECIFICHE | | TARIFFA | |
|-----------------------|-------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| | | | PRIMARIE | SECONDARIE | | |
| 1 Attività telefonica | 1.1 | | | attività telefonica: organizzativa / di segreteria (non attività assistenziale) | | |
| | 1.2 | | | attività telefonica: informazioni per esecuzione test HIV e informazioni specifiche di prevenzione | | |
| | 1.3 | | | attività telefonica: counseling psicologico | | |
| | 1.4 | | | attività telefonica: management paziente (compresi contatti con terzi per la gestione del paziente) | | |
| 2 Relazioni | 2.1 | | relazioni scritte sul singolo caso clinico: affido ad altra struttura, avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari | | | |
| | 2.2 | | rilascio impegnativa / ricetta / copia esami / esenzione ticket (esclusa visita) | | | |
| | 2.3 | | | attività di supporto paziente (compilazione schede esami, altre registrazioni ecc.) | | |
| 3 Altre relazioni | 3.1 | | altre relazioni: rapporti attività assistenziali della struttura | | | |
| | 3.2 | | altre relazioni: rapporti epidemiologici / relazioni scientifiche | | | |
| 4 Visite domiciliari | 4.1 | | visite a utenti a domicilio, casa alloggio, ospedale, com. ter., carcere, altro (esclusa attività medica) | | | |
| 5 Visite e colloqui | 5.1 | | colloqui di assistenza sociale o educativi | | | |
| | 5.2 | 89.7 | visita specialistica | | 18,60 | |
| | 5.3 | 89.26 | visita ginecologica | | 18,60 | |
| | 5.4 | 89.7 | visita dermatologica | | 18,60 | |
| | 5.5 | 94.19.1 | colloquio psichiatrico | | 19,35 | |
| | 5.6 | 94.09 | colloquio psicologico-clinico (counseling, pre-test, post-test,...) | | 19,35 | |
| | 5.7 | 89.7 | colloquio management paziente | | 18,60 | |
| | 5.8 | | | gestione del paziente (accettazione ecc.) | | |
| | 5.9 | | assistenza IP al medico della struttura | | | |
| | 5.10 | | assistenza IP al consulente specialista | | | |
| | 5.11 | | valutazione IP (assessment/triage) | | | |
| 6 Incontri sul caso | 6.1 | | riunioni sul caso (comprende | | | |



| | | | | | |
|---------------------------------------------|------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| | | | incontri in sede e fuori sede con operatori diversi) | | |
| 7 Vaccinazioni | 7.1 | | vaccinazioni: esecuzione diretta | | |
| | 7.2 | | | vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post | |
| 8 Esami chimico-clinici | 8.1 | 91.49.2 | prelievo sangue venoso | | 2,60 |
| | 8.2 | 91.49.3 | prelievo microbiologico (tamp. faringe, espett. BK, prelievo unghie e prelievo squame cutanee) | | 2,60 |
| | 8.3 | 91.48.4 | prelievo citologico (tampone uretrale o vaginale) | | 2,60 |
| | 8.4 | | raccolta urine per esame | | |
| | 8.5 | 90.78.1 | intradermoreazione di Mantoux o Tine Test | | 3,85 |
| | 8.6 | 91.49.5 | prelievo sangue arterioso | | 5,15 |
| | 8.7 | 89.52 | ECG | | 11,60 |
| | 8.8 | 89.65.5 | monitoraggio incruento saturazione arteriosa | | 9,29 |
| | 8.9 | 89.59.1 | test di funzionalità del SNA (frequenza cardiaca e PA: 5 prove) | | 41,30 |
| | 8.10 | | iniezione endovenosa | | |
| | 8.11 | | fleboclisi | | |
| | 8.12 | 57.94 | cateterismo vescicale | | 9,10 |
| | 8.13 | 99.29.1 | iniezione perinervosa (anestesia locale per infiltrazione) | | 10,07 |
| | 8.14 | 96.59 | medicazione di ferita | | 3,85 |
| | 8.15 | 86.01 | incisione ascesso superficiale o circoscritto | | 7,75 |
| | 8.16 | 95.09.1 | esame del fundus oculi | | 7,75 |
| | 8.17 | | iniezione intramuscolo | | |
| 9 Somministrazione farmaci | 9.1 | | somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia) | | |
| | 9.2 | | consegna terapia orale | | |
| 10 Psicoterapia individuale | 10.1 | 94.3 | psicoterapia individuale (per seduta) | | 19,35 |
| 11 Psicoterapia familiare | 11.1 | 94.42 | psicoterapia di coppia o del nucleo familiare | | 23,25 |
| 12 Conduzione di gruppi | 12.1 | 94.44 | psicoterapia di gruppo (per seduta e per partecipante) | | 9,70 |
| | 12.2 | | conduzione gruppi: supervisione e formazione operatori / assistenza gruppi di auto-aiuto | | |
| 13 Test | 13.1 | 94.08.3 | somministrazione di test proiettivi e della personalità | | 7,75 |
| | 13.3 | 94.01.1 | somministrazione di test di intelligenza | | 15,50 |
| | 13.2 | 94.01.2 | somministrazione di test di deterioramento o sviluppo intellettuale MDB,MODA,WAIS,STANFORD BINET | | 9,70 |
| | 13.4 | 94.02.1 | somministrazione di test della memoria | | 5,85 |
| | 13.5 | 94.02.2 | test della scala di memoria di Wechsler | | 5,85 |
| | 13.6 | 94.08.6 | test di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping | | 5,85 |
| | 13.7 | | somministrazione di questionari (generico) | | |
| 14 Attività di supporto in struttura | 14.1 | | | attività di gestione informale | |

| | | | | | |
|------------------------------------------|------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|
| semiresidenziale | | | | | |
| | 14.2 | | | | accompagnamento utenti fuori dalla struttura |
| 15 Interventi socio-riabilitativi | 15.1 | | interventi socio-riabilitativi (approntamento risorse per reintegrazione sociale, attività lavorative ecc.) | | |
| 16 Attività di prevenzione | 16.1 | | attività di prevenzione: interventi sul territorio (scuole, CIC, parrocchie, circoscrizioni) | | |
| | 16.2 | | attività di prevenzione: incontri di consulenza individuale / educazione sanitaria | | |
| | 16.3 | | attività di prevenzione: coordinamento progetti | | |
| | 16.4 | | attività di prevenzione: partecipazione a manifestazioni / convegni non scientifici | | |
| | 16.5 | | attività di prevenzione in strada: interventi di outreach | | |
| 17 Rapporti con le comunità terapeutiche | 17.1 | | rapporti con comunità terapeutiche: interventi di verifica / monitoraggio programmi | | |

Formalizzata la tipologia delle prestazioni si è proceduto alla creazione di un modulo cartaceo per la loro registrazione manuale. Tale fase è risultata necessaria per valutare la completezza dell'elenco di prestazioni individuato e la fattibilità del sistema di raccolta. La scheda è stata costruita come modello "patient linked", facendo cioè corrispondere ogni prestazione effettuata al paziente che l'aveva ricevuta. In tale scheda è stato inserito anche lo spazio per rilevare l'ULSS ed il distretto sanitario di appartenenza.

Ogni operatore giornalmente, nel momento stesso in cui effettuava una prestazione, la registrava sul modulo cartaceo, riportando il nome del paziente, il codice della prestazione corrispondente e gli altri dati previsti.

Le prestazioni raccolte venivano successivamente riversate manualmente su supporto elettronico da un operatore dedicato.

Tale fase ci ha consentito di tarare al meglio la tipologia delle prestazioni e di avere una prima indicazione della quantità e tipologia dell'attività erogata.

Fig. 16: Scheda di rilevamento delle prestazioni erogate ("patient linked")

| Data: | | Operatore: | | | | |
|-------|----------|------------|------|-----------|-------------|----------------|
| | Paziente | Comune | ULSS | Distretto | Prestazione | |
| | | | | | Cod. ULSS | Cod. Regionale |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Successivamente, dopo la concretizzazione del protocollo di definizione standardizzata delle prestazioni ed alla conseguente fase di rodaggio si è proceduto alla realizzazione di un software per il loro computo automatico e la loro elaborazione.

Tale software è inserito in contesto di Piattaforma Multifunzionale per la gestione informatizzata del Dipartimento e a tale scopo si sono sviluppati programmi informatici ad hoc per la creazione di software per il data entry, l'archiviazione e la produzione di rapporti mensili, trimestrali ed annuali, generali e specifici per la mobilità attiva, per il computo dei carichi di lavoro e della dotazione organica sulla base delle indicazioni regionali.

Le caratteristiche principali di tale software possono essere così riassunte:

- Interfaccia utente semplice ed intuitiva, nell'inserimento giornaliero come nella generazione e visualizzazione dei report.
- Utilizzo di tabelle standard istituzionali per le codifiche delle prestazioni erogabili, comprendenti le codifiche regionali e personalizzabili a piacere dalla struttura.
- Integrazione con l'intera piattaforma mFp, con scarico automatico delle prestazioni generate mediante gli strumenti clinici e di gestione in essa contenuti.
- Output dei dati raccolti in formati cartacei (report) standard e su file ASCII documentati.

La logica del percorso che l'operatore deve attuare per l'inserimento delle prestazioni ricalca il modello adottato nella fase di progettazione e cartacea.

All'interno di mFp si segue un percorso guidato che attraverso il menù principale consente di accedere all'area gestionale ed all'inserimento delle prestazioni (fig. 17).

Per l'inserimento vero e proprio delle prestazioni l'accesso all'area è consentito mediante l'immissione di una password specifica per ogni operatore permettendo così l'inserimento giornaliero delle prestazioni erogate

Le prestazioni vengono inserite su un determinato cliente/paziente, oppure su "Paziente Generico" se sono prestazioni non specifiche ad un cliente singolo. Le maschere utilizzate per la registrazione della prestazione e per scegliere la prestazione da introdurre ricalcano fedelmente il modello cartaceo risultante dalla indagine svolta preliminarmente ed illustrato in precedenza (fig 16). L'inserimento viene effettuato scegliendo inizialmente l'ambiente di erogazione, selezionando successivamente il cliente, il tipo di accesso (programmato o urgente) ed infine il tipo di prestazione. È possibile ricercare il cliente/paziente per cognome, numero di cartella ed unità funzionale.

L'inserimento dell'attività svolta mediante l'impiego di strumenti elettronici consente di produrre report dettagliati delle prestazioni erogate relativi ad un determinato periodo preso in esame (ultimo mese-tre mesi-sei mesi-anno, oppure un range specifico da-a).

Tali report possono essere stratificati scegliendo fra i vari campi presenti in una singola prestazione erogata (operatore, cliente, ASL, regione). In questo modo si possono ottenere dati relativi al carico prestazionale relativo ad un singolo cliente, ad una categoria professionale o ad una determinata tipologia di prestazioni (fig. 17).

Fig. 17: Videata di entrata inserimento prestazioni della Piattaforma MFP



Fig. 18: Menu di scelta della prestazione

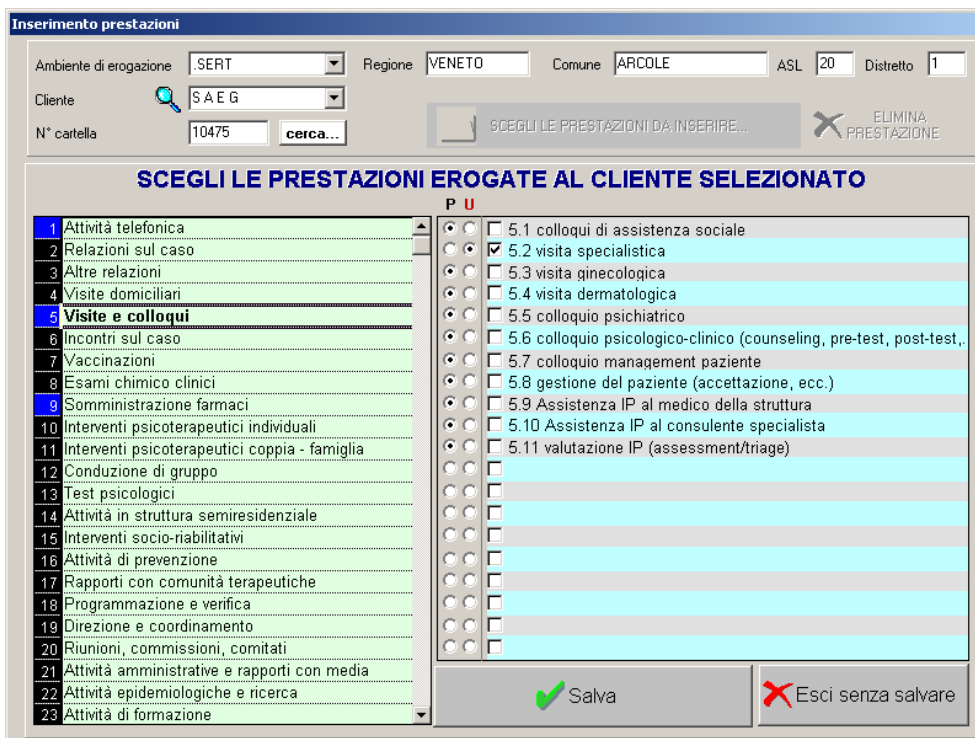
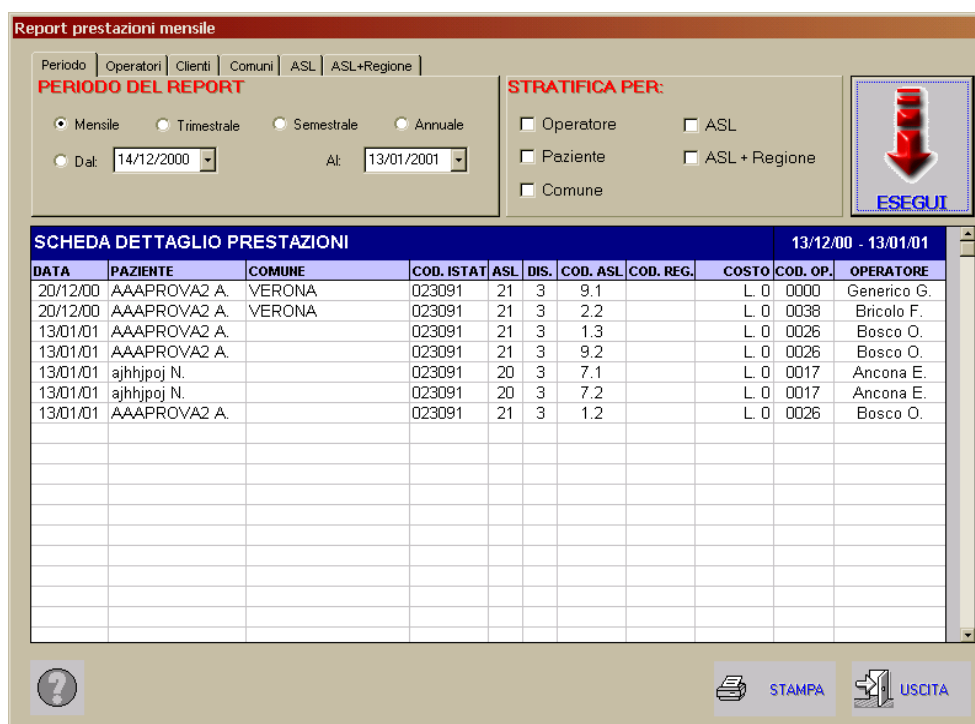




Fig. 19: Report delle prestazioni erogate



Infine vi è la possibilità di produrre un report che indica il riepilogo numerico delle prestazioni erogate, per tipo di prestazione, nei quattro trimestri dell'anno in corso. Tale report, oltre a consentire la trasmissione dei carichi di lavoro alle strutture di controllo di gestione della propria azienda, permette di avere un'idea sull'andamento nel corso dell'anno dei carichi di lavoro, della tipologia delle prestazioni erogate, sia per l'intera struttura che per singola unità funzionale (fig. 20).

Il trend prestazionale è visualizzabile anche come grafico ed è possibile evidenziare lo scostamento percentuale rispetto all'anno precedente.

Questo report è stampabile, ed è compatibile con il formato standard da inserire nel rapporto di fine anno della struttura.

Fig. 20: Tabella riassuntiva delle prestazioni erogate e analisi degli scostamenti

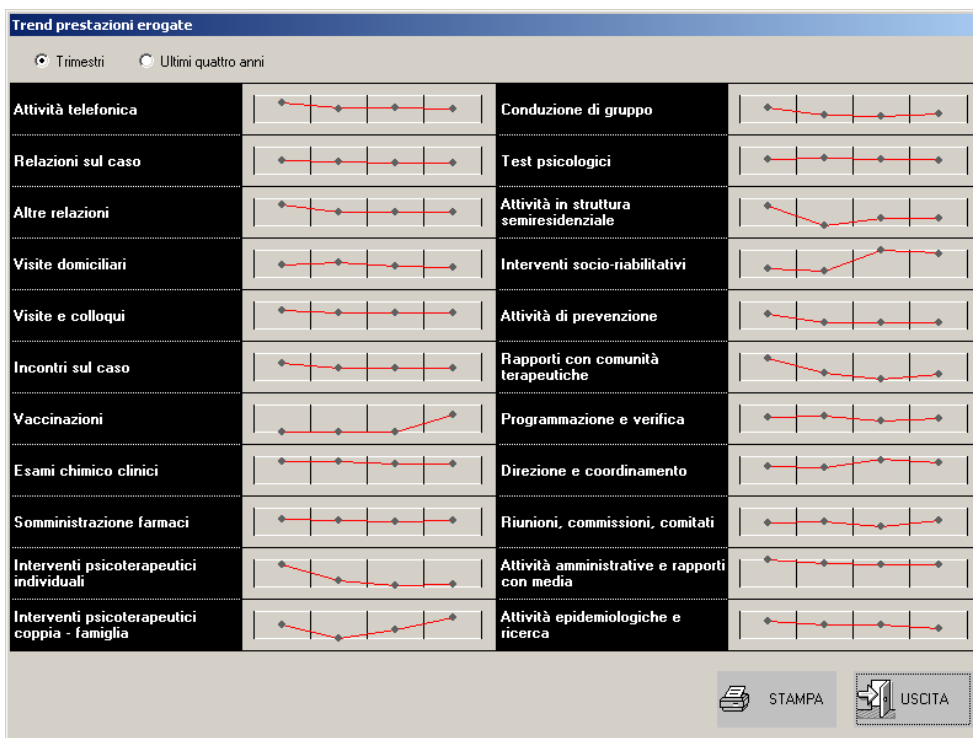
Report prestazioni trimestrale

ANNO: 2001 UNITA' FUNZIONALE: TUTTE ESEGUI REPORT

| Tabella riassuntiva prestazioni erogate - SSH Sert 1 VR | | | | | | | | | | 2001 | 2000 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------|------|-----------|------|------------|-----|-----------|------|--------|------|
| N. | Output | I° Trim. | Δ% | II° Trim. | Δ% | III° Trim. | Δ% | IV° Trim. | Δ% | TOTALE | Δ% |
| ST-001 | Attività telefonica | 3674 | 159 | 2615 | -29 | 2708 | 4 | 2417 | -11 | 11414 | 671 |
| ST-002 | Relazioni sul caso | 10179 | 56 | 9219 | -9 | 8047 | -13 | 8138 | 1 | 35583 | 423 |
| ST-003 | Altre relazioni | 310 | 114 | 200 | -35 | 191 | -5 | 194 | 2 | 895 | 513 |
| ST-004 | Visite domiciliari | 93 | 86 | 109 | 17 | 77 | -29 | 68 | -12 | 347 | 580 |
| ST-005 | Visite e colloqui | 2703 | 99 | 2348 | -13 | 2388 | 2 | 2356 | -1 | 9795 | 598 |
| ST-006 | Incontri sul caso | 2515 | 59 | 1834 | -27 | 1823 | -1 | 1884 | 3 | 8056 | 406 |
| ST-007 | Vaccinazioni | 0 | -100 | 0 | / | 0 | / | 129 | / | 129 | 975 |
| ST-008 | Esami chimico clinici | 4223 | 17 | 4102 | -3 | 3746 | -9 | 3764 | 0 | 15835 | 336 |
| ST-009 | Somministrazione farmaci | 12220 | -6 | 11024 | -10 | 10297 | -7 | 10545 | 2 | 44086 | 237 |
| ST-010 | Interventi psicoterapeutici individuali | 84 | 83 | 24 | -71 | 3 | -88 | 6 | 100 | 117 | 149 |
| ST-011 | Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia | 5 | 400 | 0 | -100 | 3 | / | 8 | 167 | 16 | 700 |
| ST-012 | Conduzione di gruppo | 22 | 214 | 10 | -55 | 8 | -20 | 13 | 63 | 53 | 563 |
| ST-013 | Test psicologici | 213 | 157 | 229 | 8 | 213 | -7 | 210 | -1 | 865 | 906 |
| ST-014 | Attività in struttura semiresidenziale | 3 | / | 0 | -100 | 1 | / | 1 | 0 | 5 | / |
| ST-015 | Interventi socio-riabilitativi | 3 | -50 | 2 | -33 | 10 | 400 | 9 | -10 | 24 | 243 |
| ST-016 | Attività di prevenzione | 55 | 139 | 24 | -56 | 20 | -17 | 22 | 10 | 121 | 384 |
| ST-017 | Rapporti con comunità terapeutiche | 85 | 227 | 25 | -71 | 1 | -96 | 20 | 1900 | 131 | 404 |

? ⓘ STAMPA TREND ... USCITA

Fig. 21: Analisi dei trend delle prestazioni erogate





CONCLUSIONI

La definizione dei processi e il management dell'erogazione delle prestazioni sono un punto fondamentale nelle organizzazioni sanitarie a regime ambulatoriale come i dipartimenti delle dipendenze. L'approccio di base deve tenere conto però di una sistematica e di una metodologia che permetta all'operatore di svolgere le proprie attività cliniche in maniera agevolata e contemporaneamente riesca a registrare tali attività a fini contabili e di rilevamento del volume e della densità di prestazioni erogate.

La teorizzazione qui presentata e il prototipo dell'applicativo software rispetta questa esigenza di praticità e di fattibilità, di cui non possiamo non tenere conto in ogni attività di riorganizzazione ed ottimizzazione delle procedure finalizzata al management organizzativo.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- Archibald R.D., (1992), "Managing high technology programs and projects", New York, Wiley
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Baraghini G. Il sistema qualità ISO 9000 in sanità
- Baratti G., Pagana C., Quondam P., Soranzio L., Sistema per la qualità dell'azienda per I servizi sanitari n. 2 «Isontina» Regione Friuli-Venezia Giulia. Progetto ed esperienza Mecosan 21, 1997
- Barbia Jim., Giorgi G., Benchmarking e carichi di lavoro, Mecosan 12, 1994
- Barner N., Quality Assessment for Healthcare, Quality Resources, Portland, 1995
- Barbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., (1996), Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Milano: EGEA
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brimson J. A., Antos J. (1994), *Activity-Based Management for service industries, government entities, and nonprofit organizations*, New York, John Wiley.
- Brimson J.A. (1991), *Activity Accounting*, New York, J. Wiley & Sons Inc.
- Casati G. (1999). "Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità", EGEA
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Codling S., Benchmarking, Gower Publishing Limited, Hampshire, 1998
- Davenport T.H., (1993), Process innovation, Boston: Harvard Business school press
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1994
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Johansson H., Mchung P., BPR: riprogettazione dei processi aziendali, Il Sole 24 Ore, 1993
- Lombardi L., Il manuale delle procedure aziendali, Franco Angeli, 1999
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management 1998
- Rachele U., Perrone V., (1997) "Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo", Economia & Management
- Saxena KB. C., (1995), "Public Administration Re-engineering", Management Report Series, Erasmus University,

Rotterdam

Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995

Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

Zanenga P., Amaglino (1994), *Activity Based Management*, Milano, Franco Angeli