



Dipartimento delle Dipendenze

# Per una organizzazione realmente orientata alla valutazione: dal budget alla valutazione dell'outcome

**PFT 2003**

G. Serpelloni 2003



# Indice e obiettivi della relazione

1. Come arrivare a poter valutare attraverso l'orientamento dell'organizzazione a tale fine?
2. Cosa valutare? → risultati clinici + prestazioni + spesa
3. Chiarire alcuni concetti di base utili per l'operatività:
  - a. Qualità in pratica
  - b. Processi produttivi/assistenziali
  - c. Differenza tra Performance assistenziale e terapeutica
  - d. Budget operativo (strumento di programmazione e controllo)
  - e. Quali costi?
4. 10 principi di base per la definizione dei sistemi di assessment
5. Sistemi informatici a disposizione

Non vorrei che  
si affermasse la  
perniciosa  
tendenza  
a giudicare  
dal risultati







# PREMESSE - 1

**Il binomio inscindibile**



**Organizzazione & Valutazione**



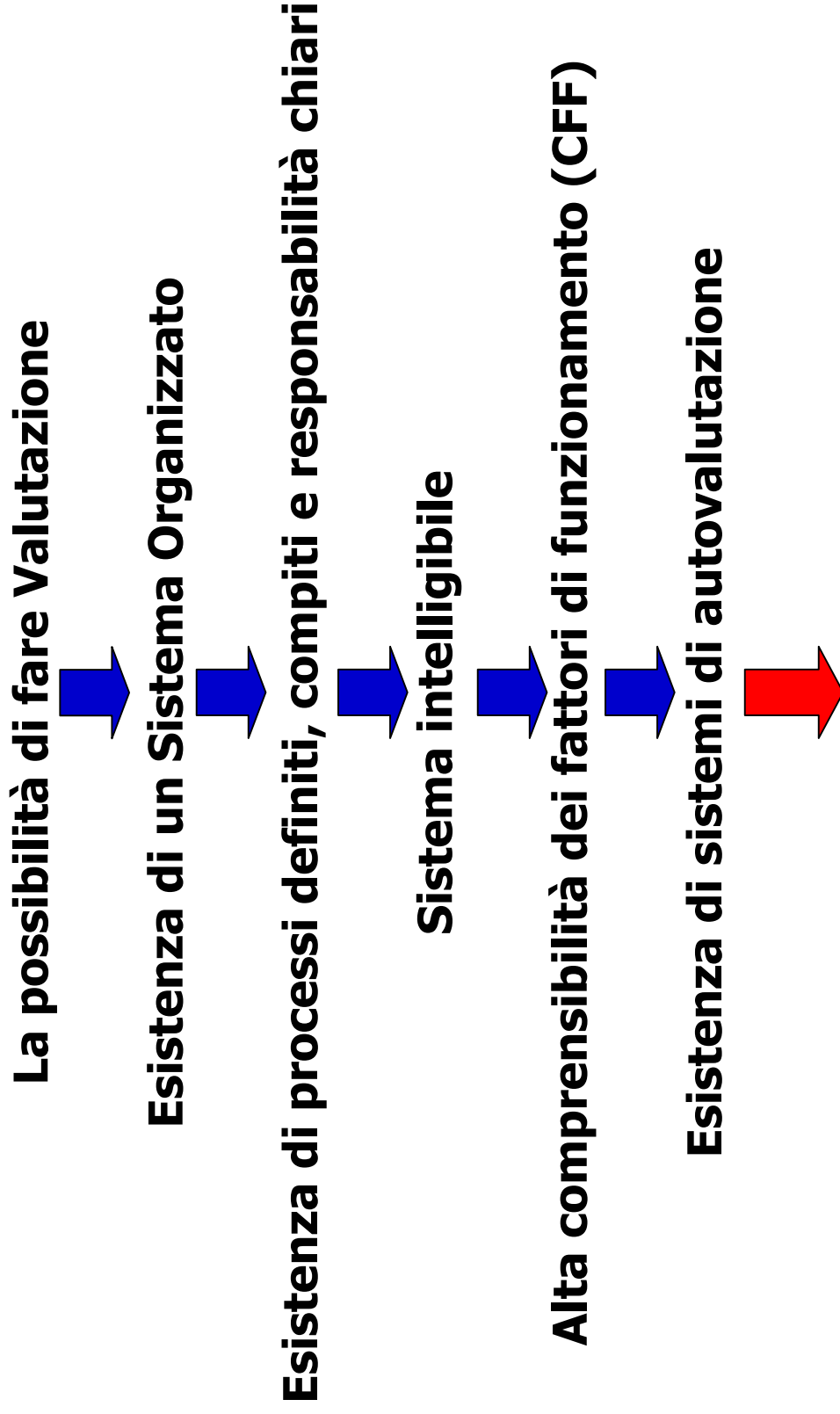
# PREMESSE - 1

$$x = f(y)$$

- **La possibilità di fare Valutazione** =  $f(\text{esistenza di sistema organizzato})$
- **Sistema organizzato** =  $f(\text{esistenza di processi definiti, compiti e responsabilità chiari}) \rightarrow \text{"intelligibilità del sistema"}$
- **Sistema intelligibile** =  $f(\text{grado di formalizzazione dei processi e dell'assetto organizzativo}) \rightarrow \text{"comprensibilità dei fattori di funzionamento (CFF)"}$
- **CFF** =  $f(\text{esistenza di sistemi di autovalutazione}) \rightarrow$   
**Governabilità del sistema**
- **Qualità** =  $f(\text{esistenza di sistemi di valutazione})$



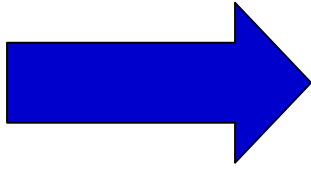
# PREMESSE - 1





# PREMESSE - 2

- **DA** Sistemi di valutazione "passiva" esterna e a scadenza "natalizia"



- **A** sistemi di "autovalutazione costante e comparata"





# PREMESSE - 2

- Valutazione come **Feedback permanente, contemporaneo e in realtime** degli effetti del proprio operato a vari livelli:
  - **Clinico** (esiti dei trattamenti e customer satisfaction)
  - **Prestazionale** (quantità, qualità delle prestazioni erogate, adeguatezza e tempestività)
  - **Economico/finanziario** (spesa generata, spesa evitata, ecc.)





Dipartimento delle Dipendenze

# MODELLI & SISTEMI PER L'ASSESSMENT DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE

© **JASER model 2003**

G. Serpelloni 2003



# Valutare

- 1. Misurare (rilevare con metriche condivise)**
  - 2. Comparare con STD (espliciti o impliciti) il risultato della misurazione**
  - 3. Attribuire un giudizio di valore**
- Finalità = decision making
  - Differenze in base a:
    - Oggetto della valutazione
    - Finalità
    - Complessità della misurazione



# LA VALUTAZIONE GLI ESITI DI UN TRATTAMENTO

- Nella **PRATICA CLINICA**

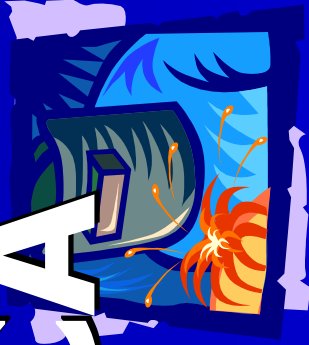
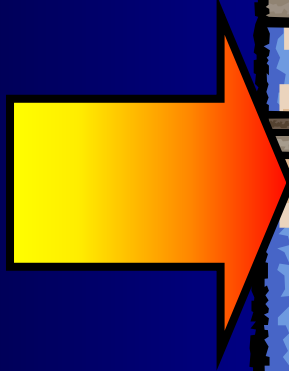
Comprendere e quantificare la variazione di stato clinico dopo un trattamento che si presuppone efficace alla luce dei risultati delle ricerche scientifiche precedenti

- Nella **RICERCA SCIENTIFICA**

Comprendere il nesso di causalità tra trattamento e la variazione dello stato clinico. Dimostrarne l'efficacia e la sicurezza.



**DALLA RICERCA**



**ALLA PRATICA  
CLINICA**



# OGGETTI DELL'ASSESSMENT

- l'organizzazione
- Il processo produttivo
- Le prestazioni
- I risultati clinici
- il team
- Il movimento clienti
- I costi
- L'impatto sul fenomeno
- Il consenso sociale dell'U.O.

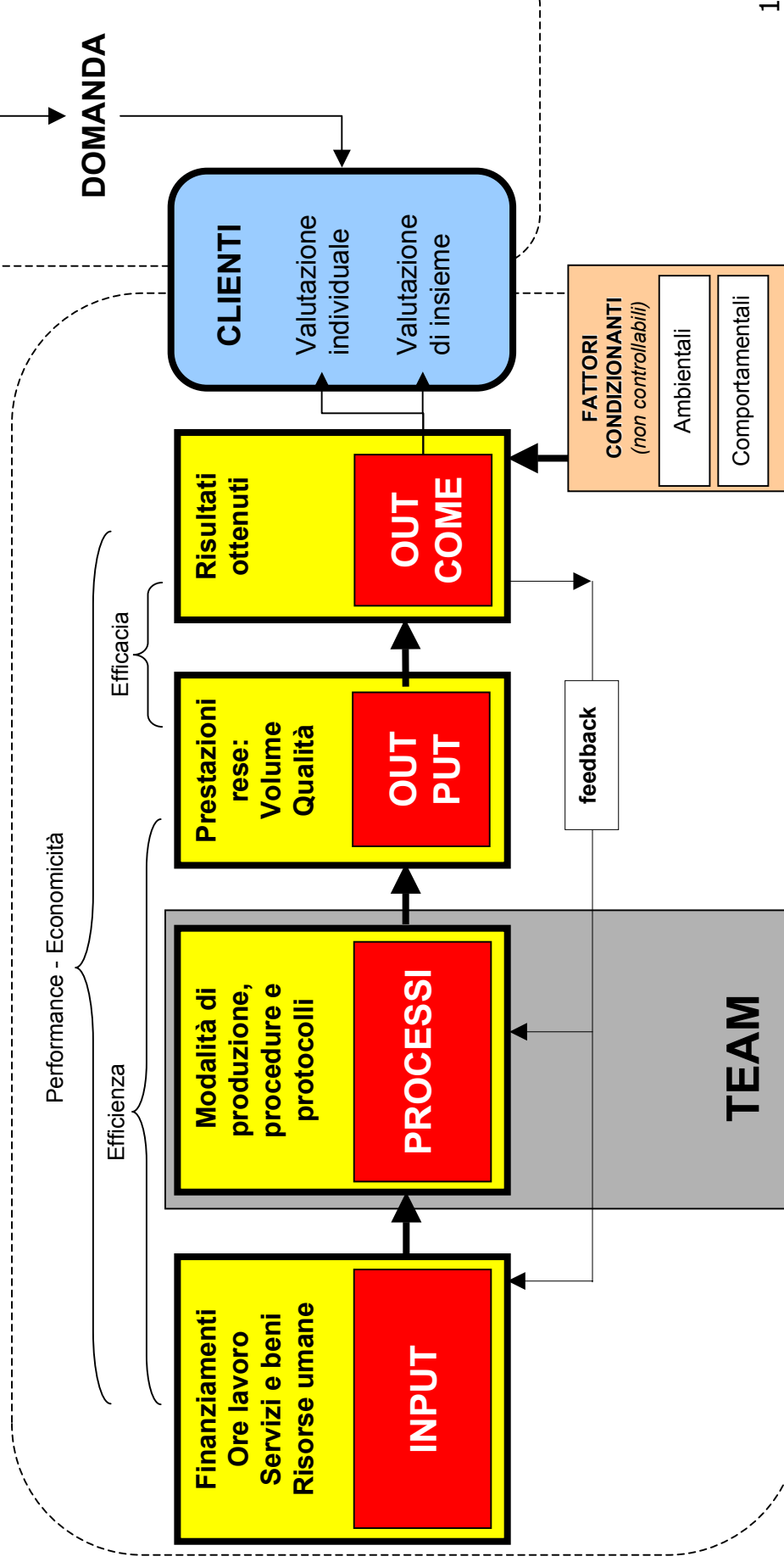


The diagram consists of two main rectangular boxes. The top box is labeled 'AMBIENTE' in large, bold, black capital letters. The bottom box is labeled 'BISOGNI' in large, bold, black capital letters. A dashed line connects the bottom of the 'AMBIENTE' box to the top of the 'BISOGNI' box. Inside the 'BISOGNI' box, there is a list of needs in Italian, arranged vertically from top to bottom: 'l'organizzazione', 'Il processo produttivo', 'Le prestazioni', 'I risultati', 'il team', 'Il movimento clienti', 'I costi', 'L'impatto sul fenomeno', and 'Il consenso sociale dell'U.O.'. The text is in a sans-serif font, with the first letter of each item capitalized.

**AMBIENTE**

**BISOGNI**

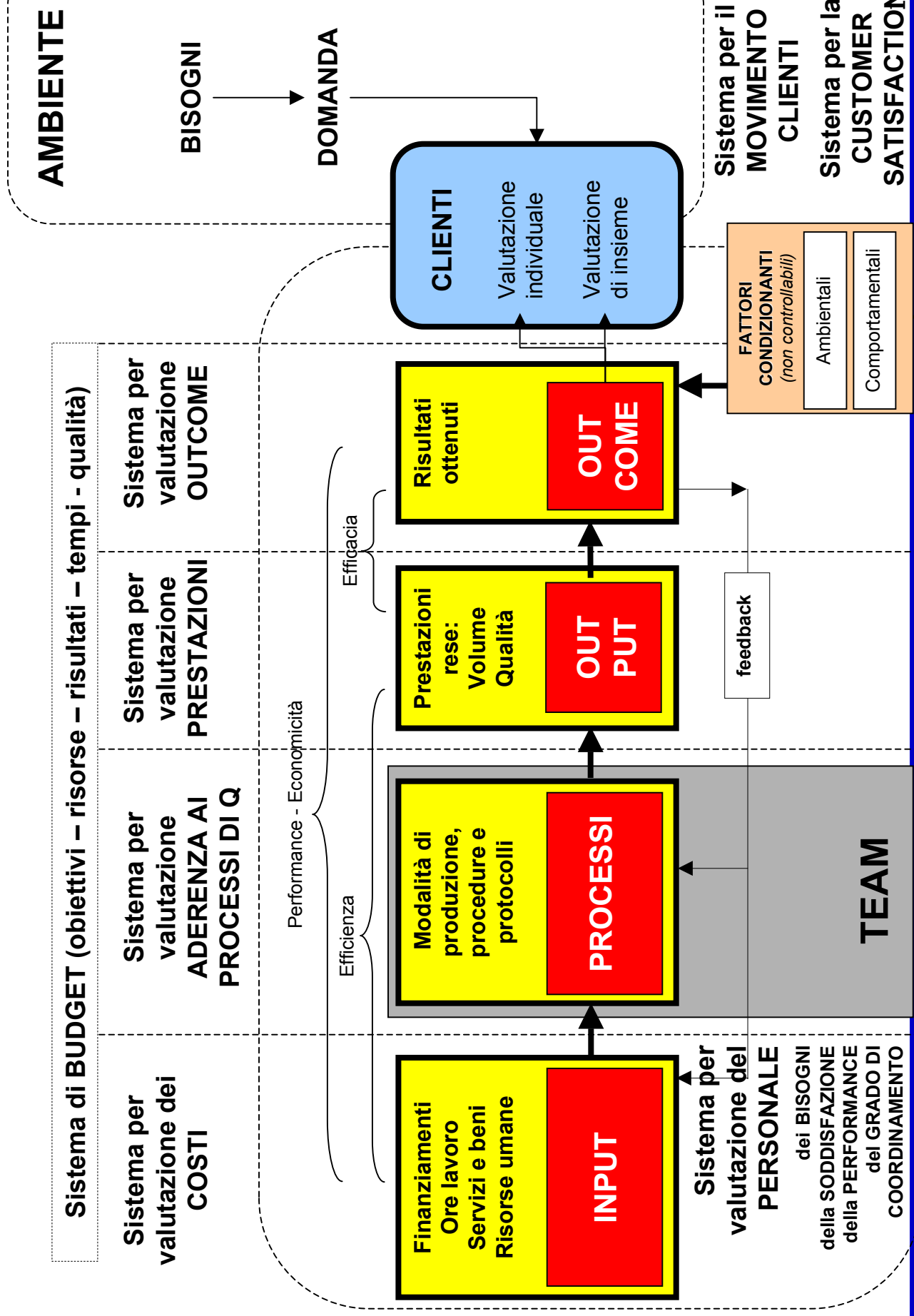
- l'organizzazione
- Il processo produttivo
- Le prestazioni
- I risultati
- il team
- Il movimento clienti
- I costi
- L'impatto sul fenomeno
- Il consenso sociale dell'U.O.







# 8 sistemi per l'assessment INTERNO





# 8 sistemi per l'assessment INTERNO

—



# + 2 sistemi per l'assessment ESTERNO

Sistema di BUDGET (obiettivi – risorse – risultati – tempi - qualità)				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sistema per valutazione dei COSTI	Sistema per valutazione ADERENZA AI PROCESSI DI Q	Sistema per valutazione PRESTAZIONI	Sistema per valutazione OUTCOME	
<b>8</b>	<b>9</b>			
Sistema per valutazione del PERSONALE dei BISOGNI della SODDISFAZIONE della PERFORMANCE del GRADO DI COORDINAMENTO	Sistema per la valutazione dell'EFFICIENZA ALLOCATIVA (impatto sul fenomeno, risposta ai bisogni del territorio)			
	<b>10</b>			
	Sistema di MKTG ANALITICO (immagine, notorietà, consenso sociale)			
	<b>6</b>	<b>7</b>		
	Sistema per il MOVIMENTO CLIENTI	Sistema per la CUSTOMER SATISFACTION		



# I 10 sistemi per l'assessment GLOBALE

(JASER model 2003)

**1**

**Sistema di BUDGET (obiettivi – risorse – risultati – tempi - qualità)**

**2**

**Sistema per valutazione dei COSTI**

**3**

**Sistema per valutazione ADERENZA AI PROCESSI DI Q**

**4**

**Sistema per valutazione PRESTAZIONI**

**5**

**Sistema per valutazione OUTCOME**

**6**

**Sistema per il MOVIMENTO CLIENTI**

**7**

**Sistema per la CUSTOMER SATISFACTION**

**8**

**Sistema per valutazione del PERSONALE**

dei BISOGNI, della SODDISFAZIONE

della PERFORMANCE, del GRADO DI COORDINAMENTO

**9**

**Sistema per la valutazione dell'EFFICIENZA ALLOCATIVA  
(impatto sul fenomeno, risposta ai bisogni del territorio)**

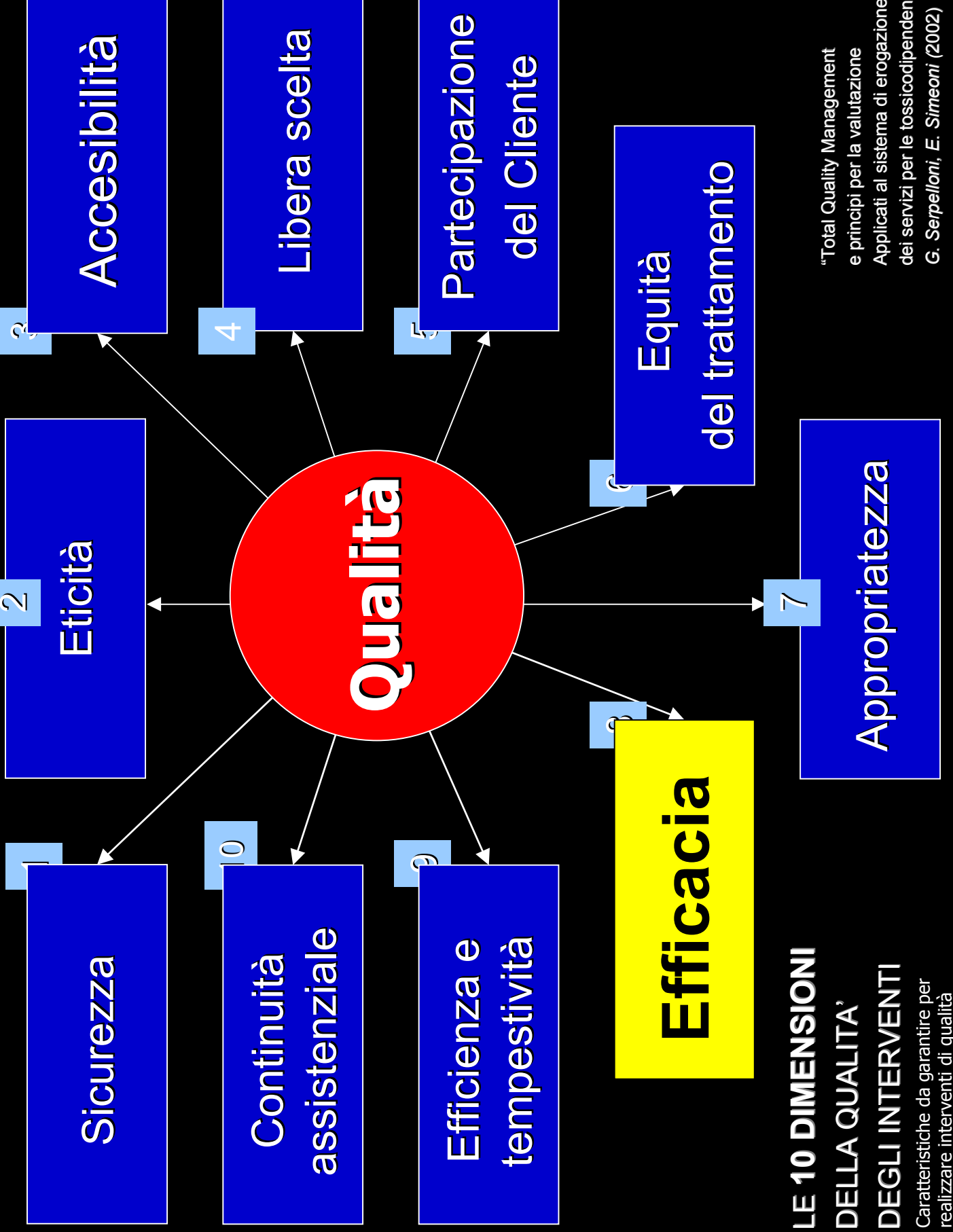
**10**

**Sistema di MKTG ANALITICO (immagine, notorietà, consenso sociale)**



# Che tipo di valutazione?

- Standardizzata tra le U.O. (indicatori, tempi e metodi)
- Quantitativa e qualitativa
- Costante e non episodica
- Pragmatica e scientificamente orientata
- Sinergica e Collegata alle attività routinarie (non interferente)
- Finalizzata al miglioramento e non alla critica
- Richiesta come requisito per l'accreditamento (Sert e Comunità ter.)





# Definizioni

n.	DIMENSIONE	DEFINIZIONE
1	Sicurezza	condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata
2	Eticità	Grado di rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente.
3	Accessibilità	Grado di facilità di accesso alla struttura, ai trattamenti e alle informazioni da parte dei clienti
4	Libera scelta	Condizione in cui si può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie appropriate e del luogo di cura
5	Partecipazione <sup>del cliente</sup>	Grado di informazione attiva dei clienti da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano
6	Equità del trattamento	Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria. Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi.
7	Appropriatezza	Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbidità, discomfort, perdita di gg lavorative ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza con i processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche.
8	Efficacia	La capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: Grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischi rilevate all'ingresso in trattamento
9	Efficienza	Grado di utilizzo ottimizzato delle risorse (efficienza produttiva) e grado di risposta ai bisogni della popolazione (efficienza allocativa). Viene definita anche come la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi, al minor costo. L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impegnate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghi interventi.
10	Continuità assistenziale	Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o trasferimenti in altre strutture



# Analisi dei processi per il Dipartimento delle Dipendenze

## Principali processi per il Benchmarking

1. Processo di Accoglienza clienti (accettazione, archiviazione, informazione, primo contatto con operatori)
2. Processo inquadramento diagnostico standard di primo livello
3. Processo terapeutico farmacologico sostitutivo standard di primo livello
4. Processo di invio e monitoraggio clienti in comunità
5. Processo di monitoraggio clinico e degli esiti dei trattamenti (valutazione della outcome)
6. Processo di raccolta e valutazione delle prestazioni (valutazione dell'output)
7. Processo di dimissione

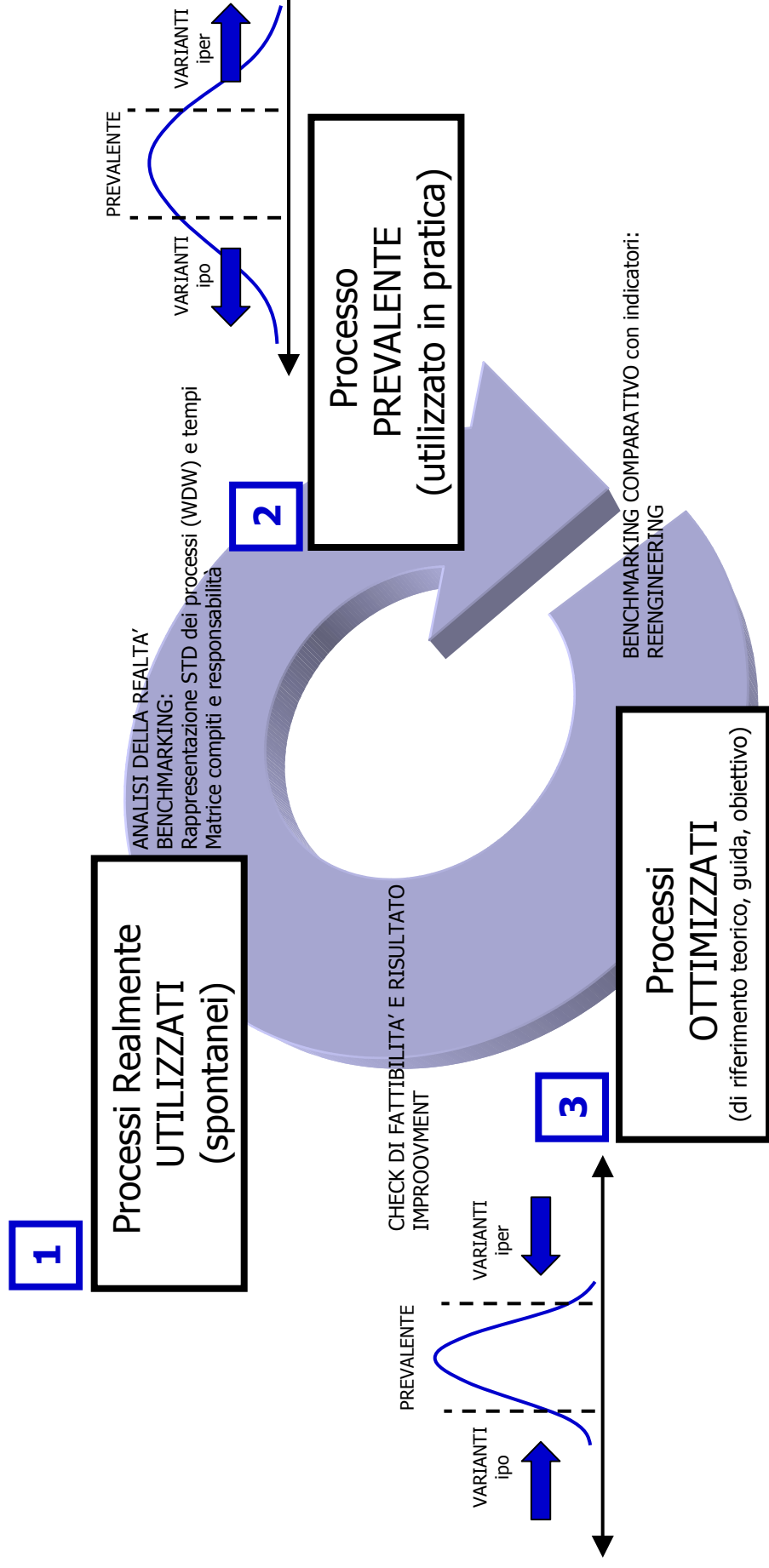


# Ciclo del Miglioramento continuo del BPI

G. Serpelloni 2002

(Verso la Good Clinical Practice):

1. All'interno della singola U.O. 2. Tra le U.O. aziendali 3. Tra U.O. extra aziendali



V.I. = l'adattabilità e la flessibilità dei processi in base alle condizioni contingenti organizzative (es. presenza di posti letto, know-how specifico, ecc.) e alle scelte e condizioni specifiche del paziente



# La "cellula base" per un sistema orientato alla valutazione

## Criteri di cambio trattamento

Condizioni emergenti che definiscono l'opportunità di cambiare (per scarsa o non risposta o effetti negativi)

## Criteri di inclusione

Condizioni necessarie per l'accesso, a garanzia di fattibilità ed opportunità del trattamento

## PROCESSI dell'UNITA' OPERATIVA

## Criteri di dimissione

Condizioni necessarie per l'uscita, a garanzia di raggiungimento degli obiettivi

## OBIETTIVI

Risultati attesi sulla base di: condizioni di partenza risorse a disposizione

## INDICATORI

Variabili quantitative  
Rappresentative:  
Uso di sostanze  
Reinserimento lavorativo e sociale  
Qualità di vita  
Prevenzione pat. correlate



Dipartimento delle Dipendenze

# Modello per la valutazione della **performance** **assistenziale & terapeutica** generale degli interventi sulle tossicodipendenze

G. Serpelloni

vers. N. 01.2003



# Premesse

- Il modello qui presentato è finalizzato alla valutazione della performance assistenziale e terapeutica dei dipartimenti delle dipendenze nel loro complesso
- Per performance “assistenziale” si intende il rendimento in termini di utenti in carico, giornate di assistenza erogate indipendentemente dai risultati clinici ottenuti in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata
- Per performance “terapeutica” si intende il rendimento in termini di risultati clinici ottenuti (capacità di cura, risoluzione o contenimento dei problemi sanitari e sociali correlati alla patologia di base)
- La valutazione ha come oggetto l’attività svolta dalle varie unità organizzative (e i risultati ottenuti) presenti ed operanti in regime ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale: Sert, comunità terapeutiche semiresidenziali (diurne) e residenziali.
- La valutazione è di tipo quantitativo orientata quindi in senso pragmatico/clinico con finalità di management
- La valutazione avviene tenendo conto sia di dimensioni di efficienza di che efficacia rilevando contemporaneamente una serie di parametri:
  - l’accessibilità ai vari trattamenti (tempi di attesa e n./% di soggetti),
  - I tempi di permanenza nelle varie fasi dei programmi terapeutici
  - l’efficienza allocativa (l’offerta – in termini di sogg. In carico - in relazione ai reali bisogni del territorio di riferimento – in termini di TD stimati -),
  - la capacità di trattenimento in trattamento (tasso di ritenzione e di drop out),
  - la reale capacità di far sospendere l’uso di sostanze (primarie e secondarie), di reinserimento sociale e lavorativo della persona e di far migliorare la sua qualità di vita, riducendo il rischio di acquisire patologie correlate alla TDA e altre situazioni devianti (comportamenti criminali e/o prostituzione)
  - La densità prestazionale media/sogg.
  - I costi di produzione





# Premesse

## Performance "assistenziale"

- rendimento in termini di utenti in carico, giornate di assistenza erogate, prestazioni, tempi di erogazione ecc.  
indipendentemente dai risultati clinici ottenuti in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata ed in relazione ai costi

### • OUTPUT

efficienza

## Performance "terapeutica"

- rendimento in termini di risultati clinici ottenuti (capacità di cura, risoluzione o contenimento dei problemi sanitari e sociali correlati alla patologia di base) in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata, in relazione alle prestazioni erogate

### • OUTCOME

efficacia



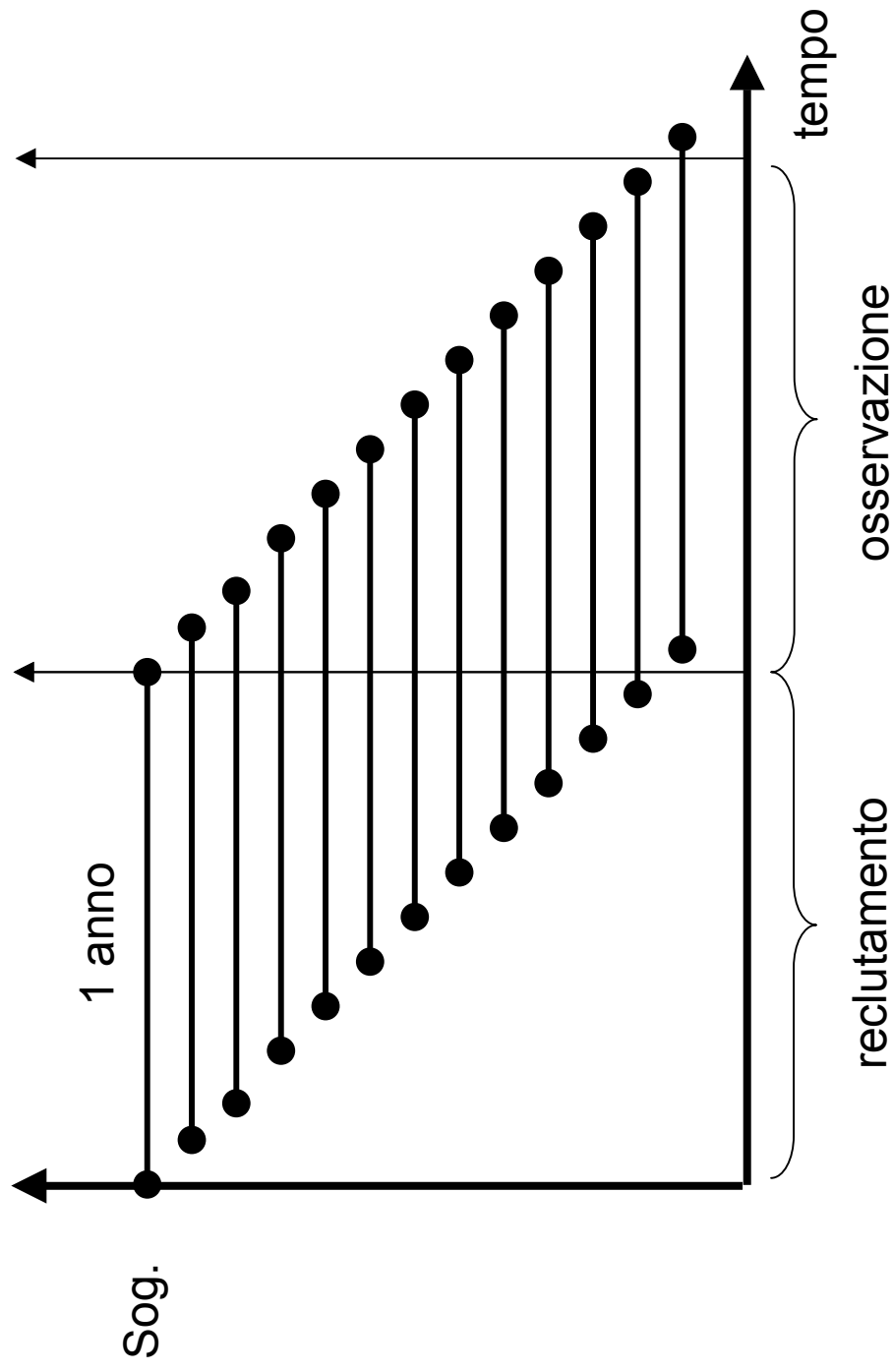
# Analisi della performance assistenziale & terapeutica

Criteri generali del modello:

1. Valutazione di insieme su gruppi selezionati di soggetti con caratteristiche omogenee
2. Unità organizzativa in valutazione = dipartimento
3. Soggetti in valutazione: clienti in trattamento ambulatoriale (farmacologico ecc.), semiresidenziale e residenziale
4. Tempo di osservazione:
  - primo modello - proporzionato alla storia naturale della dipendenza (5- 10 anni) (!!!!!)
  - Secondo modello - uno o due anni (vedi modello)
5. L'outcome viene analizzato come scostamento della situazione clinica al t2 dal t1. ????

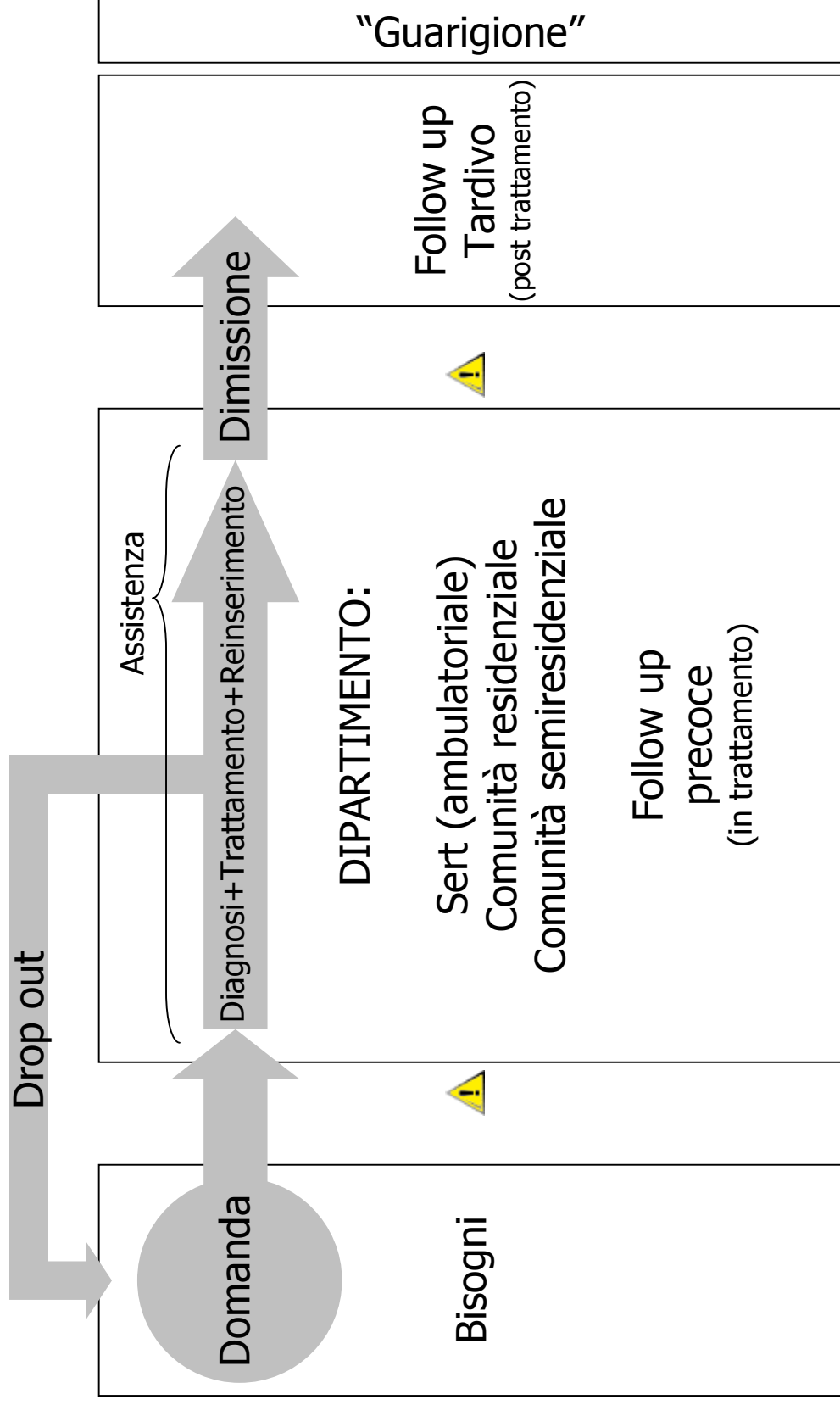


# Tempo di osservazione



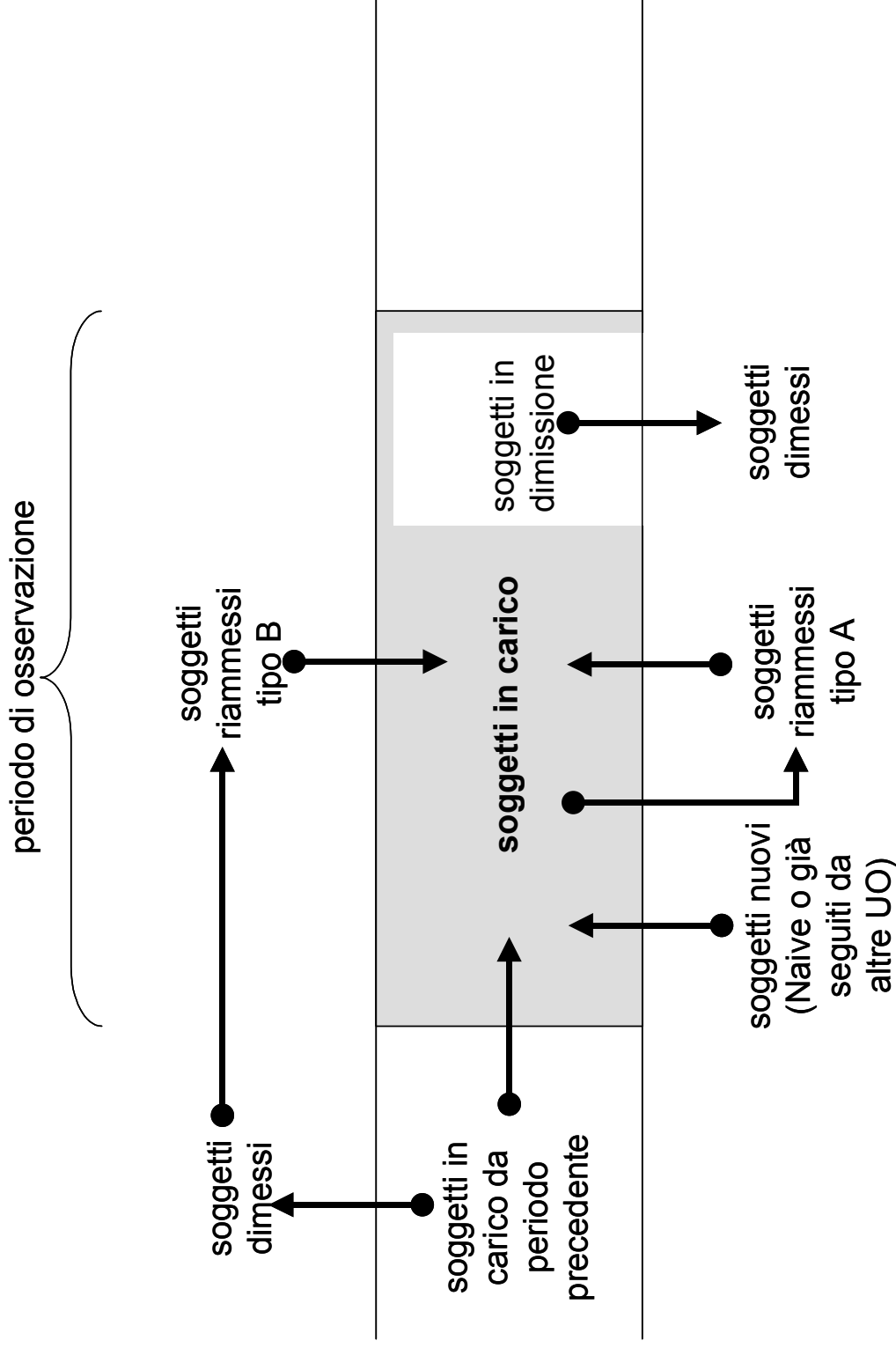


# Modello osservazionale



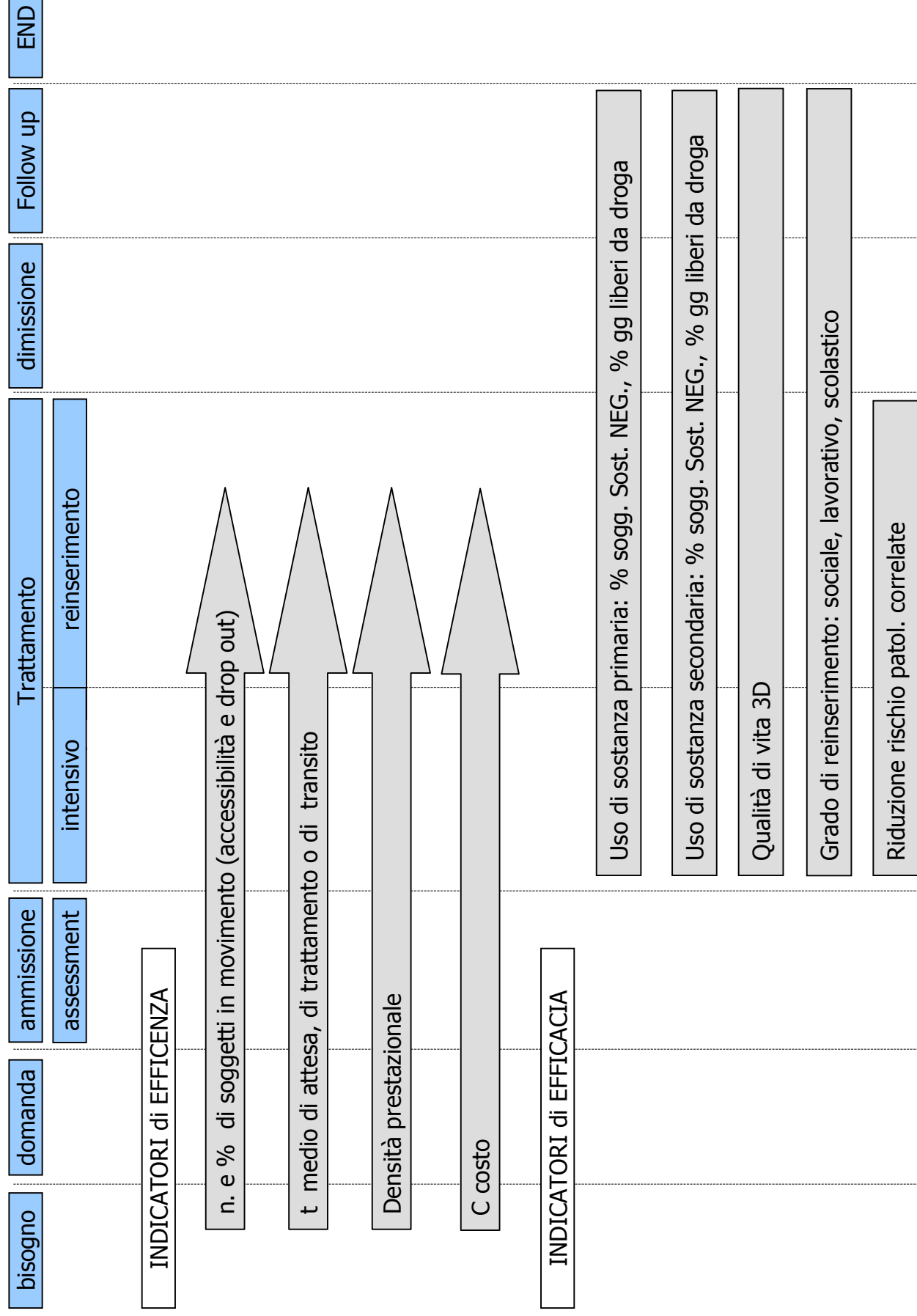


# Movimento Clienti





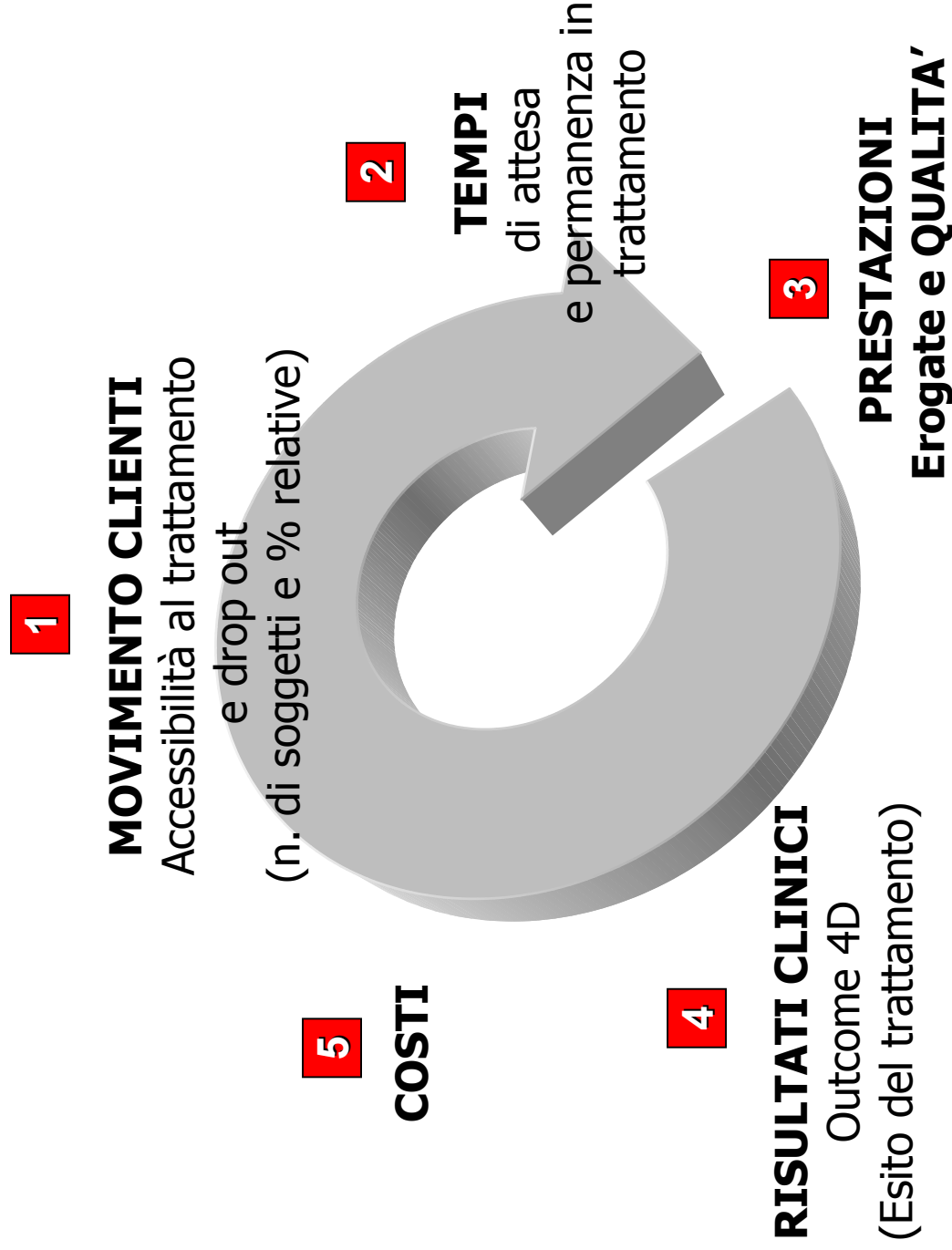
# Modello osservazionale: processo assistenziale & terapeutico e indicatori





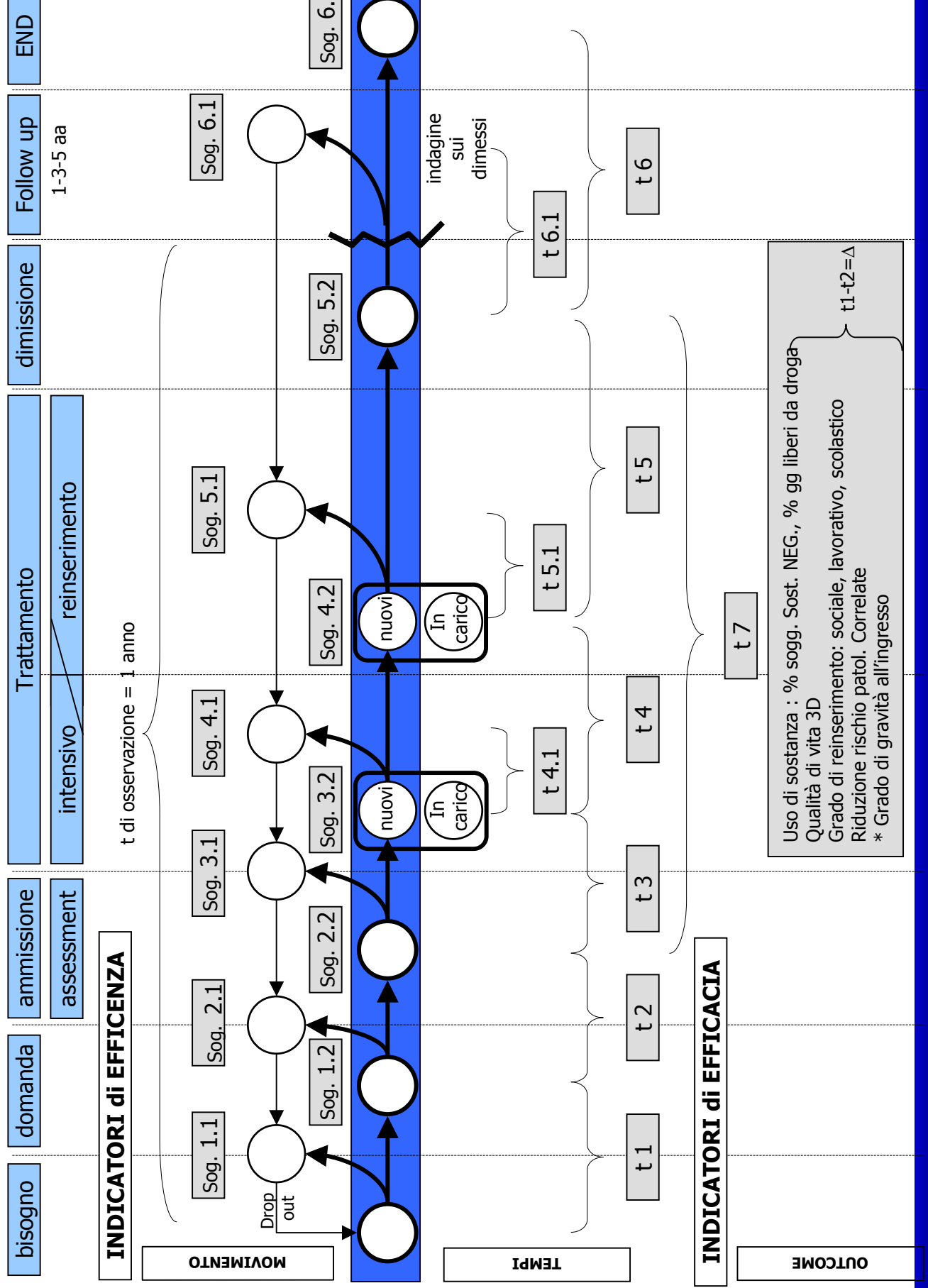


# 5 macrodimensioni nella valutazione della performance assistenziale e terapeutica (valutazione contemporanea)



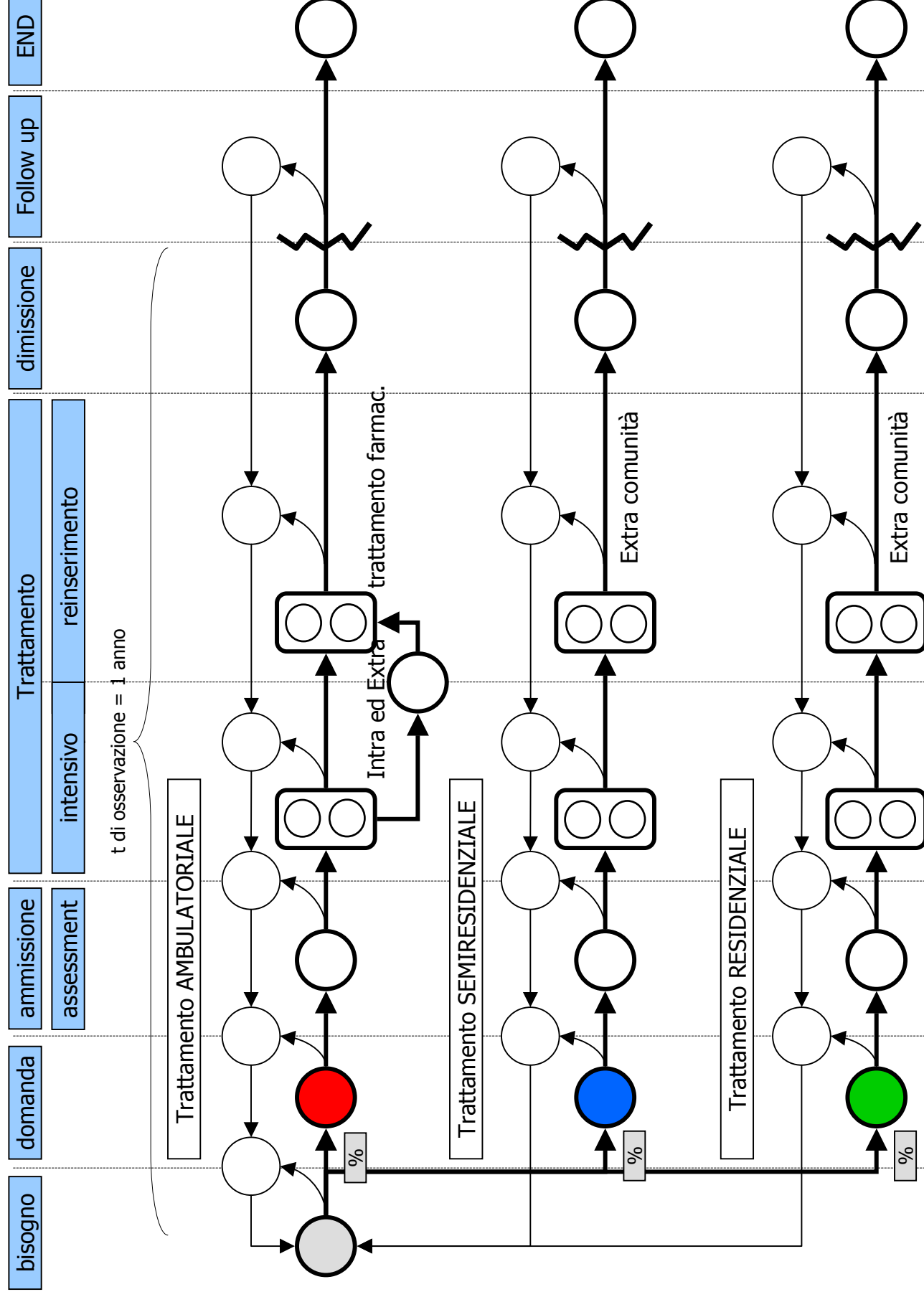


# Modello osservazionale: processo assistenziale/terapeutico e indicatori





# Modello osservazionale: unità operative del DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE





N	INDICATORE	Specifiche	Sert	Comunità Semired.	Comunità Residenziale	DIPARTIMENTO
	Sog. 1.1 (n. %)	Sogg. TD stimati sul territorio	/	/	/	
	Sog. 1.2	Sogg. Che esprimono una domanda di trattamento				
Ammissione	t1	T dalla prima assunzione al primo accesso				
	Sog. 2.1	Sogg. Non ammessi alla valutazione				
	Sog. 2.2	Sogg. Ammessi alla valutazione (fase di intake)				
	t2	T di attesa all'intake				
Trattamento intensivo	Sog. 3.1	Sogg. Non ammessi al trattamento				
	Sog. 3.2	Sogg. in trattamento (nouvi e già in carico)				
	t3	T di attesa entrata in trattamento				
	Sog. 4.1	Sogg. Usciti dal trattamento				
Reinserimento	t4.1	T di uscita precoce dal trattamento				
	Sog. 4.2	Sogg. in reinserimento (nouvi e già in carico)				
	t4	T di entrata in reinserimento				
	Sog. 5.1	Sogg. Usciti dal reinserimento				
Follow up	Sog. 5.2	Sogg. Dimesi				
	t5	T di reinserimento (durata)				
	Sog. 6.1	Sogg. Ricaduta				
	t6.1	T di ricaduta				
	Sog. 6.2	Sogg. Guariti				
	t6	T di valutazione STD follow up (5aa)				
	t7	T di trattamento totale				



N. FASE	INDICATORE	Sert	Comunità Semired.	Comunità Residen.	DIPARTIMENTO
Trattamento intensivo <i>Tempo medio:</i>	<b>Grado di gravità media all'ingresso</b>				
	Uso di sostanza : % sogg. Sost. NEG., gg liberi da droga/tot gg assistenza erogati				
	Qualità di vita 3D				
	Grado di reinserimento: sociale			/	
	Grado di reinserimento: lavorativo o scolastico			/	
Trattamento intensivo + reinserimento <i>Tempo medio:</i>	Riduzione rischio patol. correlate				
	Uso di sostanza : % sogg. Sost. NEG., gg liberi da droga/tot gg assistenza erogati			/	
	Qualità di vita 3D			/	
	Grado di reinserimento: sociale			/	
	Grado di reinserimento: lavorativo o scolastico			/	
Reinserimento <i>Tempo medio:</i>	Riduzione rischio patol. correlate			/	
	Uso di sostanza : % sogg. Sost. NEG., gg liberi da droga/tot gg assistenza erogati				
	Qualità di vita 3D				
	Grado di reinserimento: sociale				
	Grado di reinserimento: lavorativo o scolastico				
Follow up <i>Tempo medio:</i>	Riduzione rischio patol. correlate				
	Uso di sostanza : % sogg. Sost. NEG., gg liberi da droga/tot gg assistenza erogati				
	Qualità di vita 3D				
	Grado di reinserimento: sociale				
	Grado di reinserimento: lavorativo o scolastico				



N. FASE	INDICATORE	Sert	Comunità Semired.	Comunità Residen.	DIPARTIMENTO
Trattamento intensivo					
Trattamento intensivo + reinserimento	Social conformity				
	Grado di scolarità				
	Professionalità				
	Capacità relazionale				
	Autocontrollo				
Reinserimento	Social conformity				
	Grado di scolarità				
	Professionalità				
	Capacità relazionale				
	Autocontrollo				
Follow up					

# I 10 PRINCIPI per i sistemi di assessment dell'outcome

Giovanni Serpelloni



Dipartimento delle Dipendenze



# i 10 principi sulla valutazione

- 1. INDECLINABILITA':** Valutare i costi generati, i processi utilizzati, le prestazioni erogate e gli esiti dei trattamenti e degli interventi è necessario ed indeclinabile (no optional)
- 2. GLOBALITA':** La valutazione deve essere contemporanea e costante su 4 aspetti fondamentali: risultati di salute dell'intervento, prestazioni erogate (qualità e densità), processi, costi
- 3. STD DI ECCELLENZA:** La valutazione deve essere comparata con standard predefiniti e concordati come di eccellenza (chiarezza di ciò che viene considerato "ottimo")
- 4. VINCOLANTE PER OPERARE:** Organizzazioni che non sono in grado di valutare costantemente i propri effetti sulle persone (efficacia e sicurezza) non possono essere autorizzate al funzionamento ed accreditate (Sert e Comunità ter.)





# i 10 principi sulla valutazione

**5. APPROCCIO QUALITY ORIENTED:** Per poter attuare sistemi di valutazione è necessario che vi sia un orientamento dell'organizzazione attuando un approccio di Quality Management e la presenza di sistemi informativi che permettano trasparenza, intelligibilità e tempestività di osservazione per assicurare feedback correttivi rapidi

**6. ORIENTAMENTO SCIENTIFICO:** Per costruire organizzazioni impostate alla "Good Clinical Practice" è necessario partire e condividere all'interno del dipartimento un approccio "evidence based", scientificamente orientato

**7. VALUTARE L'ATTIVITA' DELL'INTERO DIPARTIMENTO:** La valutazione deve riguardare tutte le U.O. appartenenti al sistema e rientranti nella "catena produttiva" di risposta ai bisogni del territorio → valutare l'efficacia dell'intero sistema dipartimentale nella risposta ai vari livelli di bisogno



# i 10 principi sulla valutazione

8. **CONTINUITA' E ADEGUATEZZA:** Ogni U.O. deve avere un proprio sistema di valutazione, coerente e simmetrico con quello delle altre U.O. del dipartimento, che espliciti criteri di inclusione, di cambio di trattamento, di dimissione → monitoraggio continuo della continuità assistenziale ed adeguatezza dei trattamenti
9. **VALUTARE NEL TEMPO:** La valutazione degli esiti deve prevedere tre tipi di follow – up:
  - Durante il trattamento (breve-medio termine)
  - Durante il reinserimento (medio termine)
  - Dopo il reinserimento (lungo termine)
10. **ACCREDITAMENTO:** possedere un sistema di valutazione è un requisito richiesto per l'accreditamento. Le regioni devono possedere un sistema di accreditamento orientato ai principi precedenti.



# BUDGET: i 5 ingredienti fondamentali





# Esempio struttura scheda di budget: MODULARE PER ATTIVITA' CORRENTI (Jaser)

## 4. RISORSE - input

## 3. Obiettivi contenimento spesa

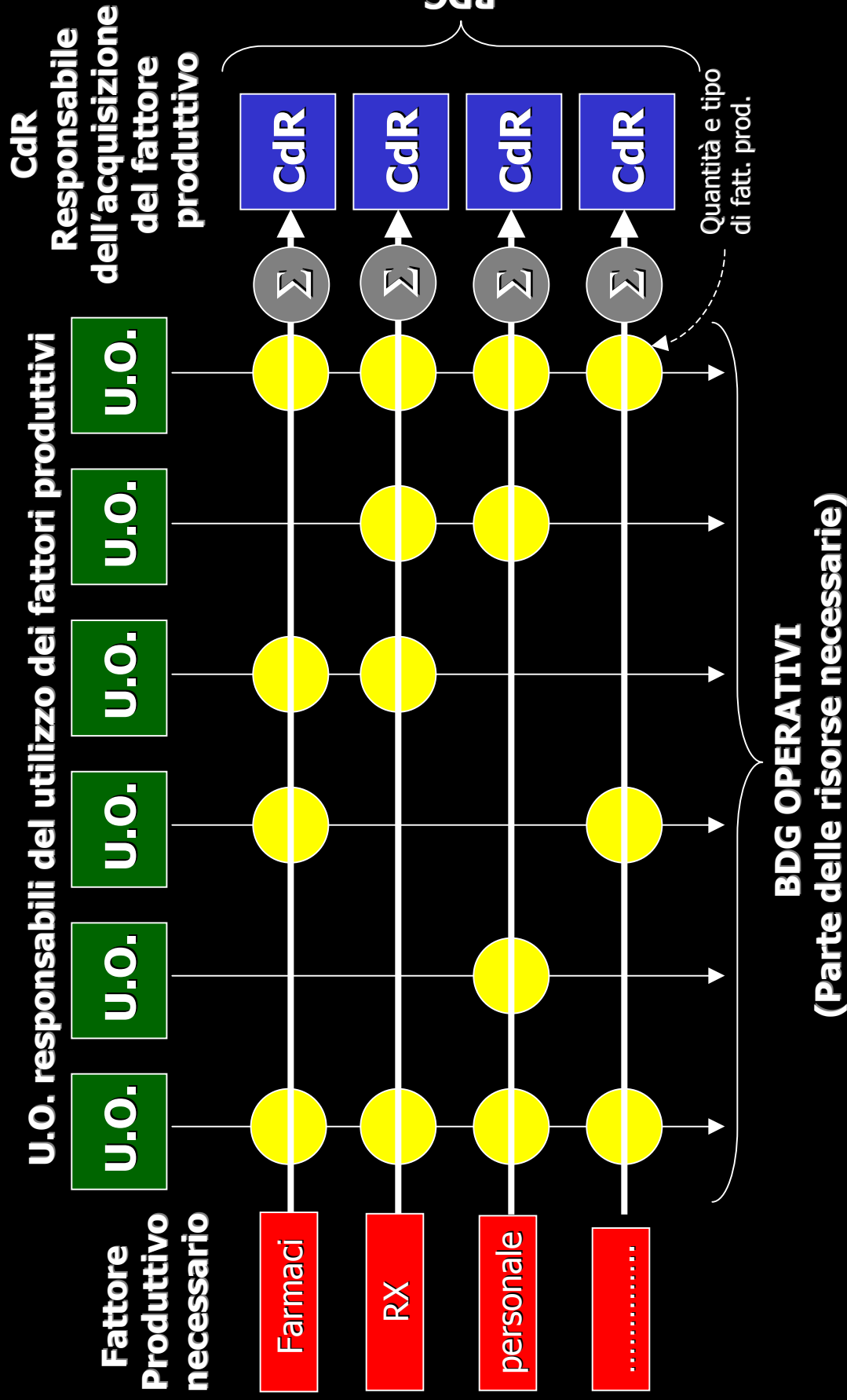
## 2. Obiettivi prestazionali - OUTPUT

### 1. Obiettivi organizzativi:

- coordinamento con altre strutture sovraordinate
- coordinamento con altre strutture peer to peer
- adesione ai processi STD

### Obiettivi Qualità (condizioni di cessione ed immagine):

- Tempi di attesa
- Management clinico e relazionale
- .....



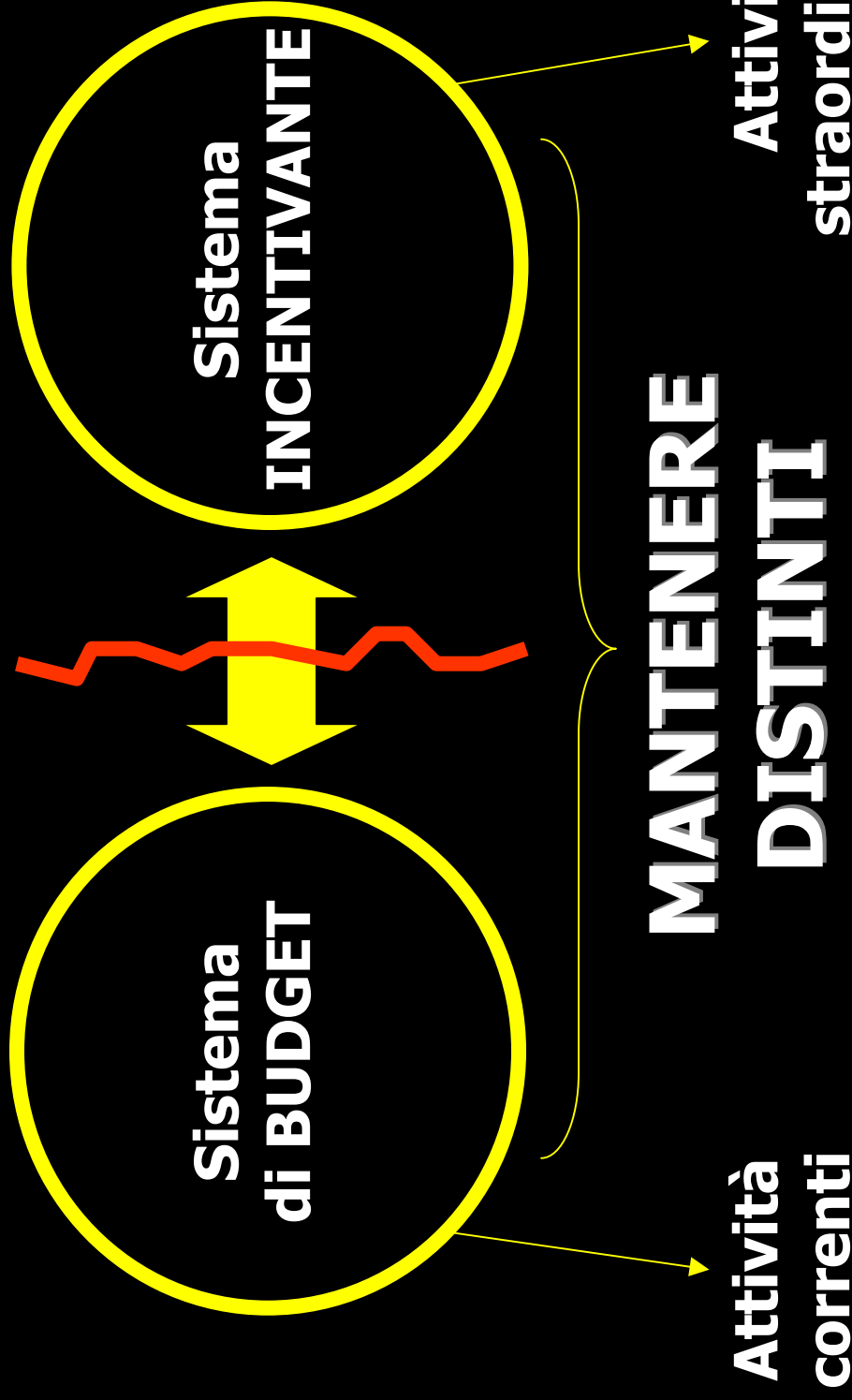


# Rapporto tra **BUDGET & SISTEMI INCENTIVANTI**



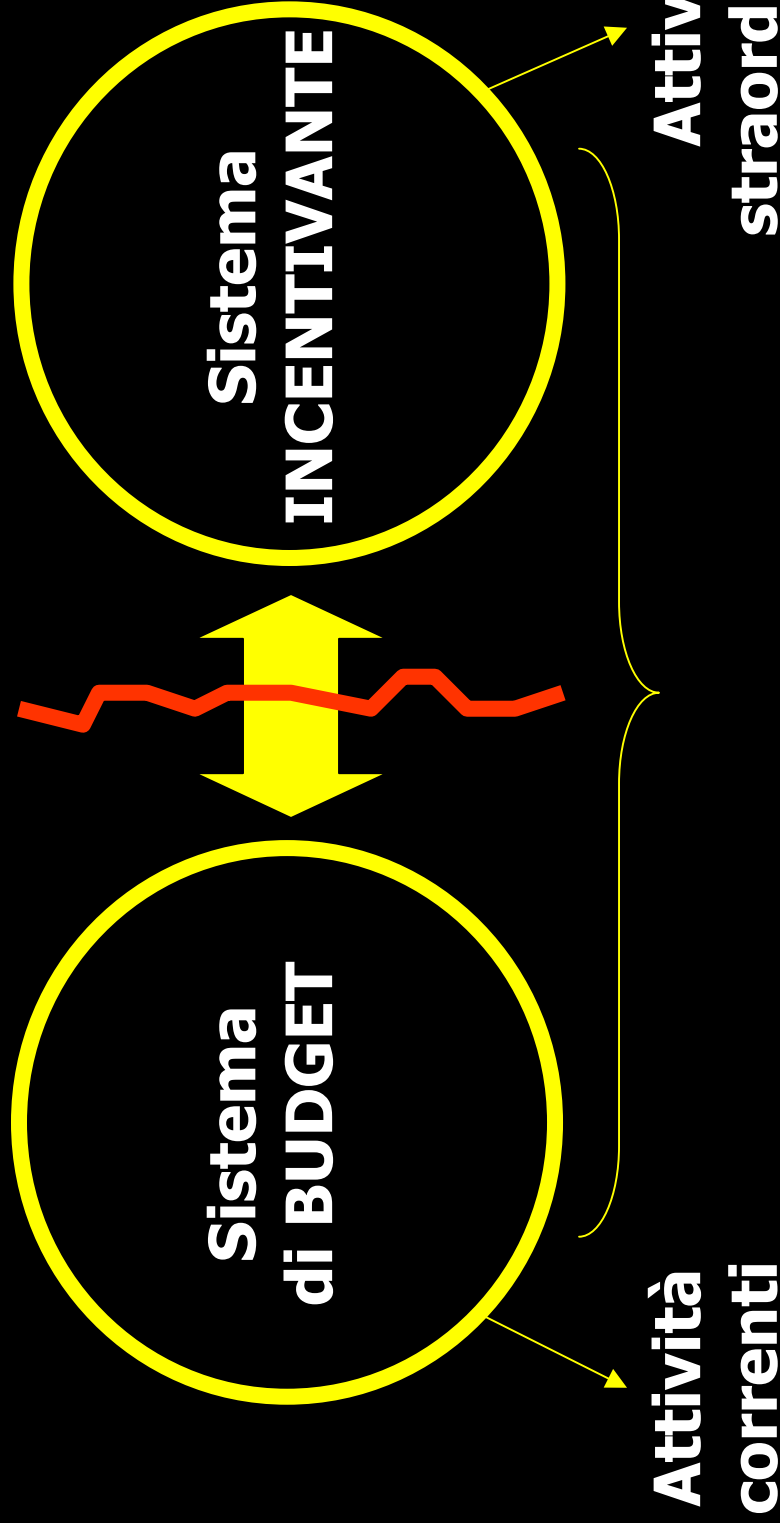


# PRINCIPIO DI BASE





# PERCHE'?



## EFFETTO NEGATIVO SULLA MOTIVAZIONE AL LAVORO CORRENTE





# SISTEMA INCENTIVANTE

## di retribuzione: alcuni principi

- Il sistema di programmazione e controllo (budget OPERATIVO) definisce obiettivi che devono essere raggiunti indipendentemente dagli incentivi (budget degli INCENTIVI)
- Si sconsiglia di agganciare il sistema di budget OPERATIVO ai sistemi incentivanti in quanto potrebbe accadere che le unità operative lavorino solo e relazione al raggiungimento di obiettivi in grado di fornire incentivi economici e non " salute aggiunta " per il paziente



# OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE

## Sistema di BUDGET

### 1 Obiettivi di BASE LINE

Obiettivi dovuti che devono essere raggiunti indipendentemente dagli incentivi, sulla base della retribuzione standard (stipendio base). Obiettivi ottenibili con il massimo impegno in condizioni standard

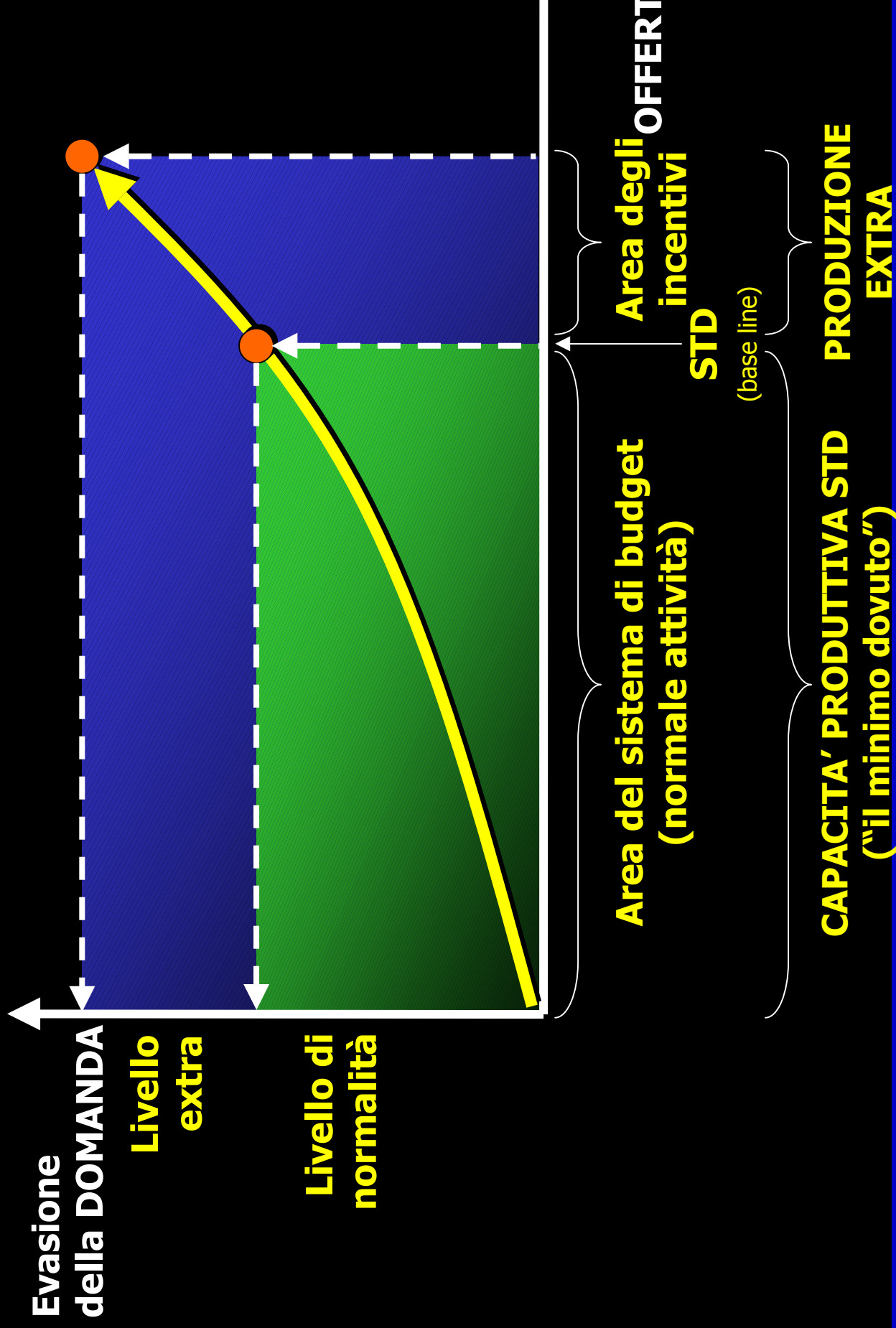
## Sistema INCENTIVANTE

### 2 Obiettivi BASE LINE EXTRA

Obiettivi ulteriori ottenibili con impegni aggiuntivi oltre al "dovuto" e che dovrebbero essere incentivati con retribuzioni aggiuntive oltre allo stipendio base

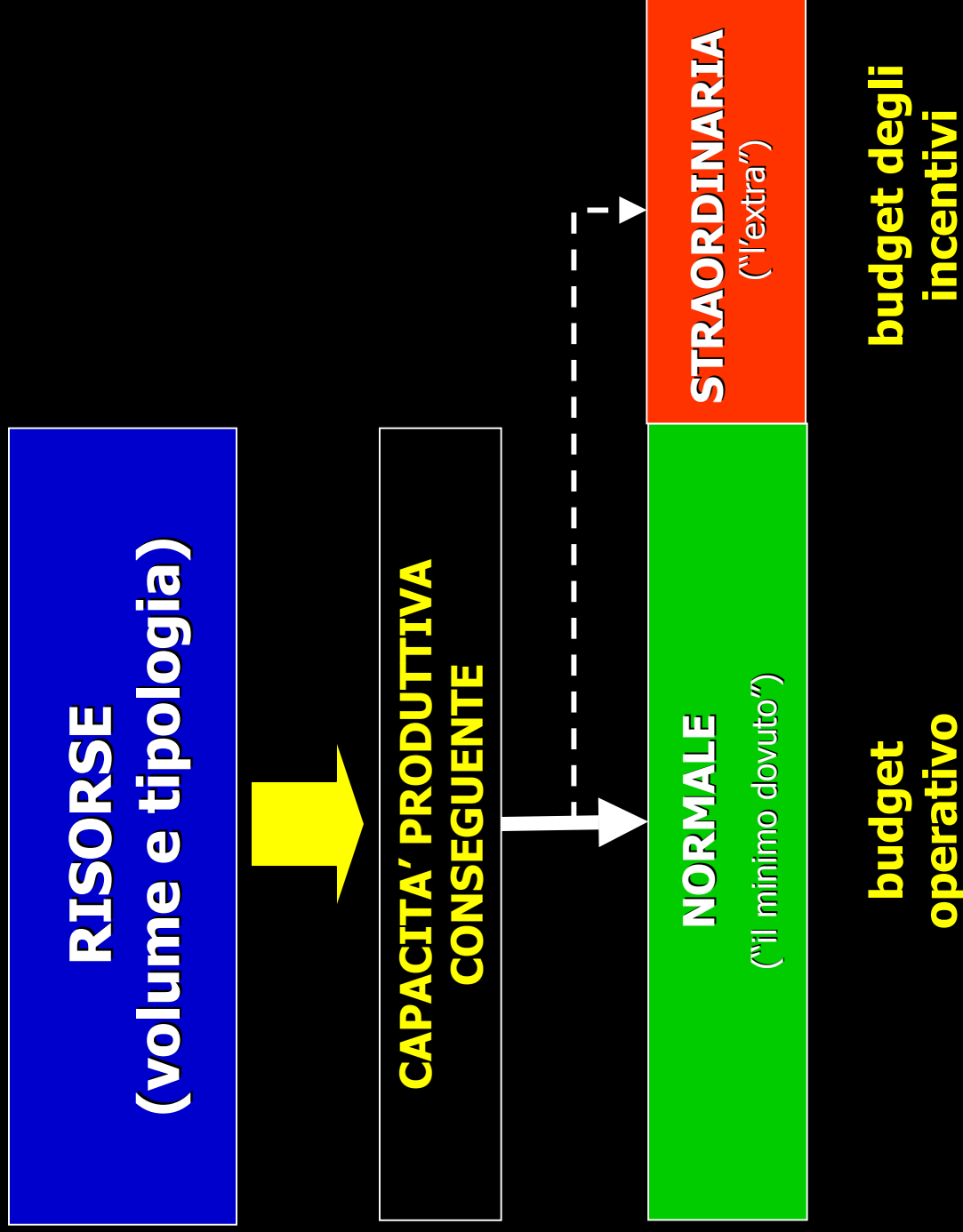


# BUDGET & SISTEMI INCENTIVANTI



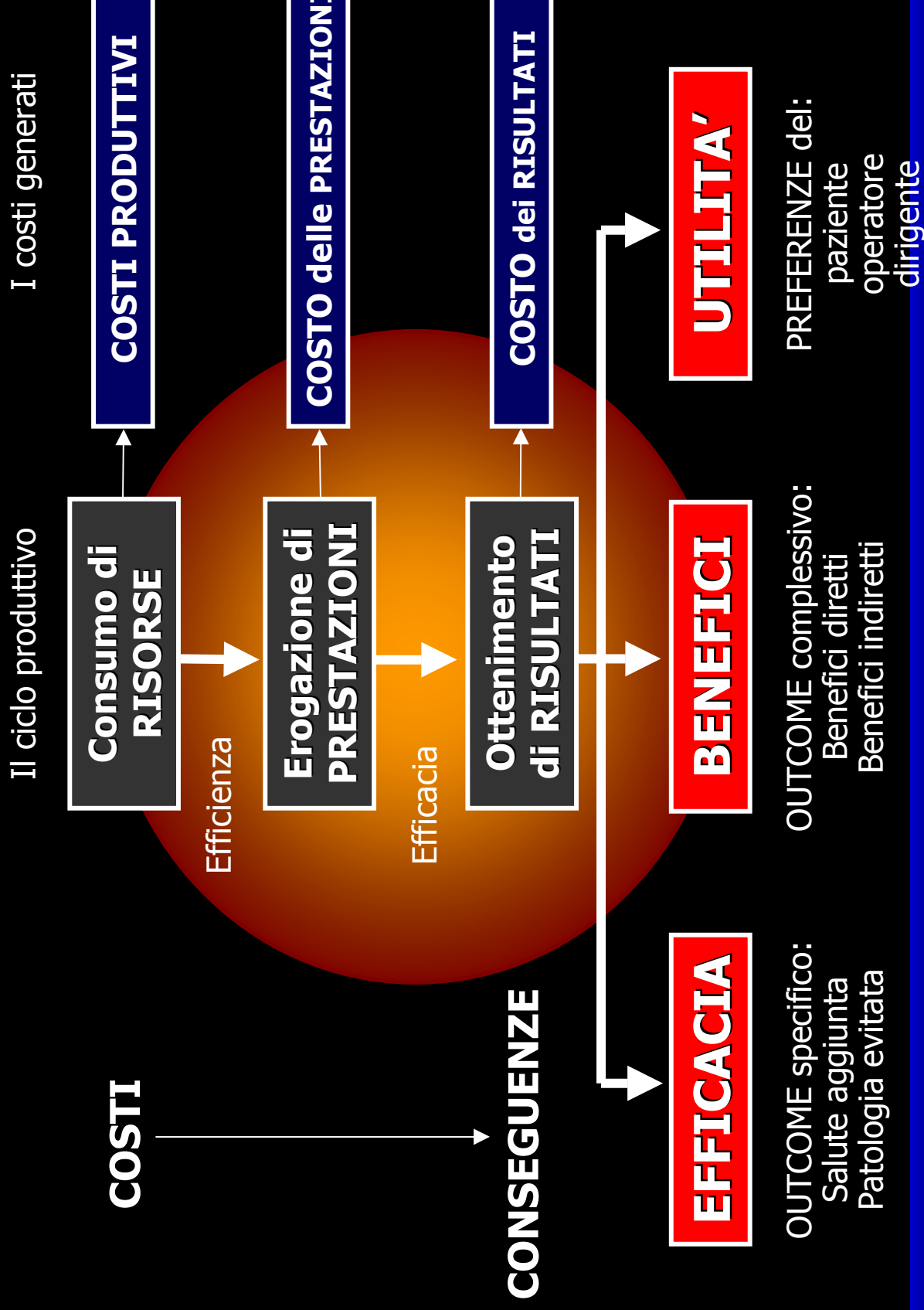


# BUDGET & SISTEMI INCENTIVANTI



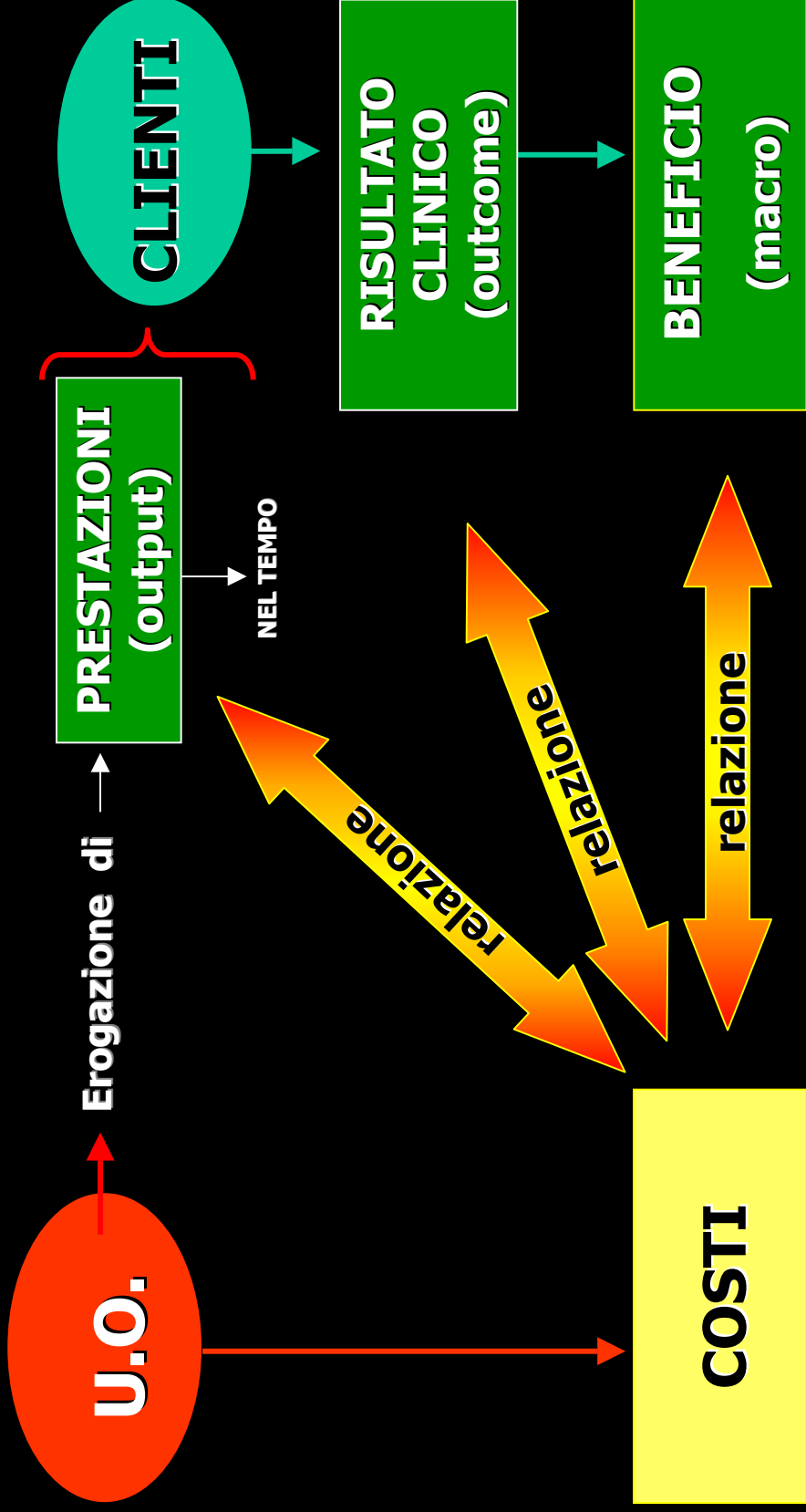


# SISTEMA PRODUTTIVO E ANALISI DEI COSTI





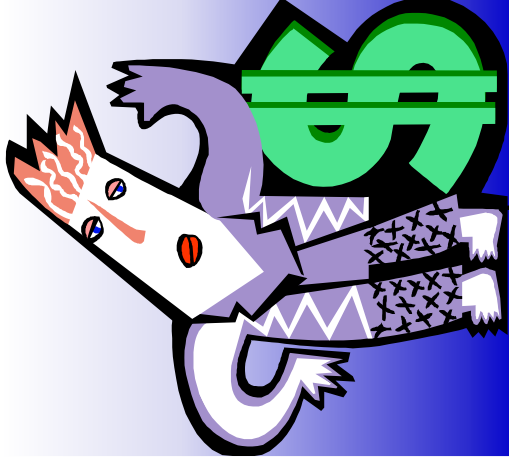
# APPROCCIO PRAGMATICO



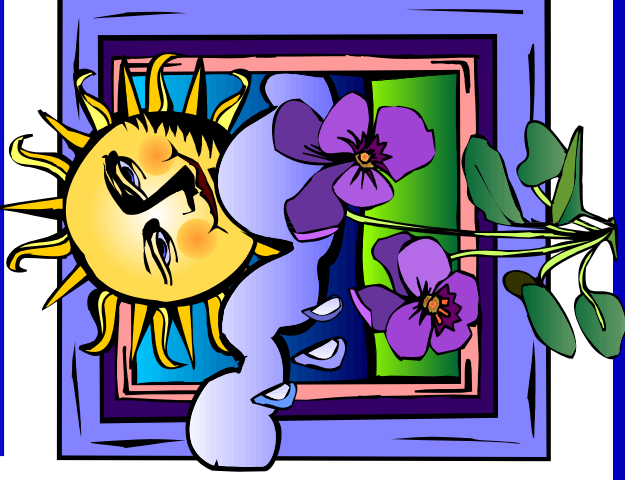


# IL PANNEL DEGLI INDICATORI

COSTI



BENEFICI





# ANALISI DEI COSTI E BENEFICI:

## 1. PANNEL RIASSUNTIVO DEGLI INDICATORI

per la

comparazione tra unità operative

n.	INDICATORI DEI Costi Interessanti		U.O.	Media REGIONE	DELTA
A INDICATORI DI COSTO GREZZO DELLE RISORSE					
1	Costo Globale Grezzo / die dell'U.O.				
2	Costo Globale Grezzo / soggetto assistito				
3	Costo Globale Grezzo / giornata di assistenza erogata				
B INDICATORI DI COSTO DELLE PRESTAZIONI					
1	Costo Personale (per Medici, psicologi, Ass. sociali, I.P., Educatori, Amministrativo, Tecnico, Altro)	<ul style="list-style-type: none"><li>Costo totale aa</li><li>Proporzione %</li><li>Costo medio/die</li><li>Costo medio prestazione spec.</li></ul>			
C INDICATORI DI COSTO DEI RISULTATI (outcome clinico)					
1	Costo Assistenza Efficace / die (gg con morf. NEG)				
2	Scostamenti % dal costo medio U.O. / die (per singoli paz.)				
3	Indice di OUTCOME-Performance (gg m - attesi/gg m - osservati)				

Valutazione  
quantitativa  
primaria





# ANALISI DEI COSTI E BENEFICI:

## 2. PANNEL RIASSUNTIVO DEGLI INDICATORI

comparazione tra unità operative

per la

Valutazione  
qualitativa  
e di  
supporto  
all'analisi

n.	INDICATORI DI SUPPORTO ALL'ANALISI	U.O.	Media REGIONE	DELT
<b>a</b>	<b>INDICATORI DI DENSITA' PRESTAZIONALE</b>			
1	n. Medio di prestazioni aa /PAZIENTE	- mediche		
	P/S = P ss aa	- Psicologiche		
		- infermieristiche		
		- Sociali .....		
2	n. Medio di prestazioni/ giorno TERAPIA	- mediche		
	P/G = P gg ss	- Psicologiche		
		- infermieristiche		
		- Sociali .....		
3	TEMPO Medio di TRATTAMENTO/PAZIENTE nell'ANNO			
	G/S = G ss aa			
<b>b</b>	<b>RAPPORTO costo globale grezzo U.O./ costi prevenzione e ricerca</b>			



# ANALISI DEI COSTI E BENEFICI:

## 3. PANNEL RIASSUNTIVO DEGLI INDICATORI

per la comparazione tra unità operative

n.	INDICATORI DI BENEFICIO DIRETTO	U.O.	Media REGIONE	DELTA
<b>A</b>	<b>INDICATORI DI BENEFICIO per l'U.O./AA</b>			
1	SRD* totale Osservata/aa			
2	SRD totale Attesa/aa			
3	Indice di BENEFIT-Performance			
<b>B</b>	<b>INDICATORI DI BENEFICIO per SOGGETTO/AA</b>			
1	SRD media osservata per soggetto/aa			
<b>C</b>	<b>RAPPORTO COSTO/BENEFICIO (media die./aa)</b>			

\* SRE = spesa risparmiata per l'acquisto di droga



# CONCLUSIONI



DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

mFp

QUALITY MANAGEMENT

[www.dronet.org](http://www.dronet.org)

REGIONE DEL VENETO - Ideazione e realizzazione a cura di: G. Serpelloni, C. Bettero, D. Gibbin, E. Ancona

#### MAIN LIST

- Gestione per processi
- ☒ Anagrafica e movimenti clienti
- ☒ Gestione Clinica
- ☒ Gestione Operativa
- ☒ Controllo di Gestione
- ☒ Cartella clinica
- ☒ Anagrafica
- ☒ Anamnesi
- ☒ Diario clinico
- ☒ Epicrisi
- ☒ Liste
- ☒ Esami
- ☒ Assestmi

INDI

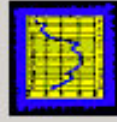
SERT

CHIUDI

Gestione per processi



Gestione  
Operativa



Controllo di  
Gestione



Gestione  
Sistema



Glossario e  
Linee Guida



Logic Main  
Power



Presentazione  
del Sistema

Il "sistema nervoso"  
del dipartimento



Dipartimento delle Dipendenze

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

**Per una organizzazione  
realmente orientata alla  
valutazione: dal budget alla  
valutazione dell'outcome**

**PFT 2003**

G. Serpelloni 2003