

Collana **CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermare quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

11 Il benchmarking delle performance: una metodologia di analisi della produzione ospedaliera

di Giuliana Bensa e Clara Carbone*

11.1 Introduzione

Il presente capitolo si inserisce nel quadro degli studi sul tema del *benchmarking*¹ in ambito sanitario. Tale metodologia ha avuto, negli ultimi anni, una rilevante diffusione nel contesto delle aziende sanitarie del nostro paese, in parte legata al processo di riforma del SSN dei primi anni Novanta.

Rispetto alle diverse forme che ha assunto la tecnica del *benchmarking* nel settore pubblico in generale e nelle aziende sanitarie in particolare, questo lavoro si basa sull'applicazione della tecnica di *benchmarking* delle performance (o *data benchmarking*)². L'elaborazione dei dati e la costruzione di *ranking* delle performance delle aziende che partecipano al percorso di *benchmarking* sono la base per un confronto successivo sui processi gestionali che hanno prodotto i risultati osservati. In pratica, le iniziative di *benchmarking* di performance vedono l'alternarsi di due momenti distinti: la misurazione e la valutazione dei

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i par. 11.2 e 11.4 sono attribuiti a Giuliana Bensa e i parr. 11.1 e 11.3 a Clara Carbone. Questo capitolo è frutto di un progetto di ricerca condotto da OASI in collaborazione con Assolombarda.

¹ In generale, una definizione completa ed esaustiva di *benchmarking* si trova in Spendolini (1992) che caratterizza il processo di *benchmarking* come un processo di misurazione sistematico e continuo di prodotti, servizi e processi organizzativi di aziende riconosciute come *best practices* mediante il quale le aziende stesse, ponendo a confronto le loro performance, ottengono informazioni che possono contribuire al miglioramento di queste ultime.

² Le altre forme di *benchmarking* riconosciute dalla letteratura (Ammons *et al.* 2001; Lucianelli 2002; Valotti e Turrini 2006) sono: il *benchmarking* strategico (processo direttamente collegato con lo sviluppo della pianificazione strategica di un'azienda sanitaria e consistente nella definizione *ex ante* di alcuni «standard assoluti» che rappresentano i termini di confronto in base a cui misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici) e il *benchmarking* funzionale o competitivo (attività di confronto che sottolinea la comparazione con specifici processi gestionali di organizzazioni che non sono necessariamente concorrenti diretti). Si segnala, inoltre, che mentre la forma di *benchmarking* funzionale è mutuata direttamente dal mondo delle imprese, le altre due forme (*benchmarking* strategico e *benchmarking* delle performance) si sono sviluppate autonomamente nel settore pubblico (Valotti e Turrini 2006).

risultati ottenuti dalle aziende coinvolte e il confronto successivo sui processi che hanno portato a tali risultati (Fine e Snyder 1999).

Prima di presentare l'obiettivo e la metodologia dello studio oggetto del capitolo, è necessario sottolineare alcuni aspetti teorici sul processo di avvio di iniziative di *benchmarking* e sulle sue fasi.

Riguardo al primo aspetto, la letteratura ha evidenziato, con particolare riferimento al settore sanitario, l'esistenza di due tipologie di iniziative di *benchmarking* classificabili sulla base del soggetto che le promuove (Del Vecchio e Galli 2005): *benchmarking top-down* e *benchmarking bottom-up*.

La prima categoria comprende le esperienze legate ai vari osservatori, nazionali e regionali, che periodicamente sottopongono a indagine l'attività svolta da tutti i soggetti operanti nel SSN al fine di guidare dall'alto un percorso di riforma, altre volte, o un semplice insieme di cambiamenti³. Il percorso *top-down* può avere indubbi vantaggi legati alla realizzazione di confronti sistematici tra le strutture coinvolte, all'identificazione di posizionamenti relativi di ogni azienda studiata fino alla creazione di un portato informativo rilevante dal momento che sono applicati strumenti di rilevazione e attivati flussi informativi standardizzati. Tuttavia, una delle problematiche connesse a tale approccio risiede nel fatto che i fenomeni vengono per lo più osservati senza essere interpretati e indagati nelle loro determinanti, operazione che del resto non è pensabile se svolta in maniera sistematica da un soggetto esterno con finalità prevalentemente valutative (Del Vecchio e Galli 2005).

La seconda categoria, l'approccio *bottom-up*, ha visto due fasi del suo sviluppo. Nella prima fase (anni Novanta), le aziende sono state spinte più da logiche competitive che da stimoli di cooperazione e le esperienze di *benchmarking* hanno fatto leva sulle comunità professionali che si andavano consolidando attorno alla diffusione degli strumenti aziendali⁴. Verso la fine degli anni Novanta, a fronte di un ruolo più invasivo del livello istituzionale regionale nei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo delle aziende e di un mutato quadro di risorse e di condizioni ambientali, si sono favorite esperienze di confronto realizzate spontaneamente dalle aziende attraverso la costituzione di network o progetti interaziendali. Tali iniziative si sono aggiunte a quelle in

³ Uno dei più recenti esempi di *benchmarking top-down* è rappresentato dal Progetto Mattoni. Si tratta di un progetto promosso dal livello nazionale con una pluralità di obiettivi tra cui quello di favorire, una volta a regime il NSIS, la diffusione di una cultura della valutazione nell'ottica del confronto costruttivo tra i SSR e, quindi, tra le aziende dell'intero SSN su temi specifici collegati a ciascun mattone quali, per esempio, liste di attesa, specialistica ambulatoriale, appropriatezza delle prestazioni ecc. (cfr. Capitolo 2). Altri esempi sono rappresentati, sempre a livello centrale, dal comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza o dal progetto SIVeAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria); a livello regionale, dai progetti con finalità di creazione di cruscotti direzionali del SSR (per esempio, il progetto bersaglio della Regione Toscana).

⁴ Un esempio, è rappresentato dal Club degli staff di gestione del Network OASI (cfr. Capitolo 1).

corso su base professionale. In questo approccio, contrariamente a quello *top-down*, l'osservazione avviene da parte di un soggetto che opera all'interno dell'azienda e il network che viene a delinearsi non configura più una relazione interistituzionale fra aziende, ma un rapporto personale e spesso informale tra i soggetti interessati. Tuttavia, i punti di debolezza di tale approccio sono naturalmente collegabili al limitato *commitment* aziendale che può ostacolare, da una parte, la costruzione e il trasferimento di conoscenze a livello collettivo e, dall'altra, la rapida ed efficace trasformazione delle conoscenze in azione di cambiamento (Del Vecchio e Galli 2005).

Ai fini dell'applicazione di un qualsiasi percorso di *benchmarking* delle performance, Valotti e Turrini (2006) evidenziano quattro step:

- ▶ *individuazione delle unità organizzative dei settori dell'azienda da porre a confronto*: tale selezione può derivare dall'importanza che essi rivestono rispetto alle strategie delle aziende partecipanti, dal fatto che sono rivolti alla maggior parte della popolazione o che assorbono la maggior parte della spesa (Coe 1999);
- ▶ *individuazione delle dimensioni di performance e loro misurazione*: queste variabili possono essere di natura economica (costo per servizio erogato) e/o di natura tecnica (misurazione della produttività delle aziende sanitarie)⁵;
- ▶ *raccolta ed elaborazione dei dati*: questa fase vede l'utilizzo di tecniche e competenze ascrivibili alle metodologie cosiddette quantitative e/o strutturate (questionari con risposte chiuse e altamente standardizzati come strumento di raccolta dati, analisi di statistica descrittiva per l'elaborazione delle informazioni e la costruzione di *ranking*)⁶;
- ▶ *confronto e valutazione dei risultati ottenuti e dei processi che hanno portato a tali risultati*: tale step richiede il ricorso a tecniche di gestione delle dinamiche di gruppo attraverso lo strumento dei *focus group* o *workshop* che hanno l'obiettivo di agevolare il confronto e far emergere i punti di contatto fra le diverse esperienze.

⁵ In generale, mentre la selezione dei settori può risultare agevole, la condivisione delle dimensioni di analisi di performance può risultare problematica soprattutto se tale fase è partecipata con le aziende messe a confronto.

⁶ Tale fase risulta di estrema importanza in quanto il grado di disponibilità degli enti a partecipare al *benchmarking* è proporzionale all'efficienza e alla qualità del flusso informativo necessario per la costruzione del *ranking* fra le aziende coinvolte. Nel coinvolgimento delle aziende devono essere contemplate tre esigenze:

1. l'azienda partecipante deve percepire l'utilità del lavoro di *benchmarking* ed essere consapevole dei benefici a esso correlati (Ammons *et al.* 2001);
2. la similarità tra le aziende partecipanti al progetto che, se seguito, agevola il confronto e aumenta la spinta motivazionale al cambiamento del singolo ente (Coe 1999);
3. nel caso di progetti sviluppati e sostenuti da livelli di governo sovraordinati è fondamentale mantenere una buona rappresentatività del campione selezionato rispetto alla popolazione di riferimento (Valotti e Turrini 2006).

Il lavoro di ricerca presentato in questo capitolo, promosso direttamente da un gruppo ristretto di aziende sanitarie⁷, ha seguito un percorso *bottom-up*, ponendosi l'obiettivo di proporre una metodologia di analisi delle prestazioni di assistenza ospedaliera per avviare la diffusione di confronti costruttivi e di sistemi di collaborazione in ambito sanitario. In particolare, il capitolo, dopo una descrizione puntuale dell'obiettivo e della metodologia della ricerca (par. 11.2), presenta i risultati dell'indagine ottenuti attraverso un percorso di analisi e di rappresentazione delle più significative similitudini e differenze delle unità comparate (par. 11.3) e, infine, trae alcune considerazioni conclusive sottolineando i punti di originalità e i limiti dello studio (par. 11.4).

11.2 Obiettivo e metodologia di ricerca

Come già anticipato, l'obiettivo della presente ricerca è quello di individuare una metodologia di analisi della produzione delle prestazioni ospedaliere, erogata a livello di reparto, partendo dai flussi informativi routinariamente raccolti dai SSR. La finalità ultima perseguita è quella di definire un percorso di analisi da cui ricavare un set di indicatori di performance capaci di qualificare i reparti e di spiegare, laddove necessario, le diversità che possono emergere fra le realtà di indagine. Le fonti informative utilizzate sono state quindi le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), riferite all'anno 2005, di cui la Direzione generale sanità della Regione Lombardia ha reso disponibile un'estrazione compatibile con la tutela dei dati personali dei pazienti⁸.

Il campione oggetto dell'analisi è costituito da 10 strutture di ricovero (5 pubbliche e 5 private accreditate) che operano nei confini della provincia di Milano. Di queste strutture sono stati selezionati 9 reparti, scelti sulla base di criteri predefiniti. Da un lato, sono stati inclusi i reparti più diffusi, ovvero presenti in tutte (o quasi) le strutture, dall'altro, alcuni reparti ad alta complessità. Le specialità analizzate sono le seguenti⁹:

- chirurgia generale (presente in tutte le strutture);

⁷ Lo studio oggetto del presente capitolo è stato promosso da Assolombarda – gruppo merceologico Sanità – con la collaborazione delle aziende sanitarie pubbliche selezionate.

⁸ Il database su cui sono state effettuate le elaborazioni non conteneva le informazioni identificative del paziente, nel rispetto della legge che tutela la riservatezza dei dati sensibili. Rispetto alle potenzialità offerte dalle SDO complete, non è stato possibile, quindi, svolgere indagini più puntuali sull'insieme complessivo di prestazioni erogate a un singolo soggetto in un determinato periodo di tempo (per esempio, i ricoveri ripetuti per la stessa patologia nell'ambito di una stabilita finestra temporale risultano come due ricoveri separati).

⁹ In questo capitolo i termini «specialità» e «reparti» sono usati come dei sinonimi. Ciò ha generato dei problemi di rilevazione nel caso di alcune strutture considerate in cui non sempre esiste tale sovrapposizione tra il reparto e la specialità.

- ▶ urologia (presente in tutte le strutture);
- ▶ cardiologia (presente in 9 strutture);
- ▶ ortopedia e traumatologia (presente in 9 strutture);
- ▶ oculistica (presente in 9 strutture);
- ▶ oncologia medica (presente in 7 strutture);
- ▶ recupero e riabilitazione funzionale (presente in 8 strutture);
- ▶ cardiochirurgia (presente in 6 strutture);
- ▶ ematologia (presente in 4 strutture).

È importante sottolineare che per quanto l'analisi si sia focalizzata solo sui reparti sopra riportati, il primo passo è stato quello di collocare tali reparti nell'ambito dell'attività dell'intera struttura organizzativa, al fine di valutarne il grado di specializzazione e le conseguenti possibili influenze sulla produzione complessiva della struttura.

Per fornire una chiave di lettura dell'attività di ciascun reparto la ricerca ha sviluppato un percorso finalizzato a descrivere le caratteristiche dell'attività erogata (quali sono le prestazioni erogate?), le modalità organizzative e operative (come vengono erogate le prestazioni?) e le caratteristiche della popolazione servita (a chi sono rivolte le prestazioni erogate?), attraverso un'insieme di indicatori significativi e di facile interpretazione.

Tabella 11.1 **Step logici di presentazione dei risultati dell'indagine**

Domande (dimensioni di analisi)	I step (analisi generale)	II step (approfondimento su alcuni reparti)
Quali sono le prestazioni erogate? (caratteristiche dell'attività erogata all'interno del reparto)	Analisi quantitativa delle prestazioni erogate complessivamente e nei singoli reparti oggetto di indagine	Analisi qualitativa della casistica trattata in reparti selezionati (linee produttive, DRG, raggruppamenti di diagnosi ICD 9 ecc.)
Come sono erogate le prestazioni? (modalità organizzative e operative con cui vengono erogate le prestazioni all'interno del reparto)	Analisi del setting/processo organizzativo adottato per le prestazioni erogate nei reparti oggetto di indagine Analisi dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai reparti oggetto di indagine	Approfondimento sull'efficienza operativa di reparti selezionati (degenza media) Approfondimento sui casi con degenza di un giorno in Ricovero Ordinario (RO) e i casi Oltre Valore Soglia (OVS) di reparti selezionati Approfondimento sui trasferimenti dei pazienti di reparti selezionati
A chi sono rivolte le prestazioni? (caratteristiche del bacino di utenza servito)	Analisi della provenienza dei pazienti trattati nei reparti oggetto di indagine	Approfondimento sull'età media dei pazienti ricoverati in reparti selezionati

Fonte: nostra elaborazione

¹⁰ Si rimanda comunque all'appendice per un approfondimento sui dati strutturali (posti letto complessivi e distinti in RO e DH) dei reparti considerati nelle 10 strutture del campione. I dati sono stati ricavati dalla banca dati della Regione Lombardia.

Al fine di confrontare le strutture del campione, i risultati dello studio vengono presentati sulla base delle tre suddette dimensioni di analisi proponendo per ciascuna di esse un set di indicatori.

Si sottolinea, infine, che per ogni dimensione, le analisi vengono condotte seguendo due step successivi: il primo prevede confronti di carattere generale e complessivi di tutti i reparti delle dieci strutture del campione; il secondo prevede approfondimenti specifici di alcuni reparti scelti di volta in volta in base alla loro significatività (cfr. Tab. 11.1, *supra*).

Infine, l'indagine non ha preso in considerazione la valutazione dei dati strutturali espressi in termini di posti letto (RO e DH) e indicatori basati su di essi (per esempio, analisi sui tassi di occupazione dei posti letto delle strutture nei vari reparti) in quanto i dati sui posti letto ufficiali che vengono solitamente resi disponibili dalle banche dati istituzionali non riflettono il reale utilizzo dei posti letto. A tal fine dovrebbero essere avviate indagini *ad hoc* sul tempo medio di apertura dei posti letto nei singoli reparti¹⁰.

11.3 I risultati dell'indagine

11.3.1 Quali sono le prestazioni erogate?

In questo paragrafo vengono analizzate le caratteristiche della produzione dei reparti selezionati nelle dieci strutture del campione seguendo i due step descritti sopra: in primo luogo è stata elaborata un'analisi sui pazienti dimessi da ciascun reparto delle 10 strutture del campione proponendo degli indici di concentrazione della casistica; successivamente si è focalizzata l'attenzione su una selezione di reparti su cui è stata effettuata un'elaborazione qualitativa delle attività erogate, raggruppando i casi dimessi sulla base dei sistemi di classificazione DRG (o relative sovracategorie) e/o delle diagnosi principali ICD¹¹ (o relative sovracategorie).

¹¹ La classificazione internazionale delle malattie (ICD) è basata su due assi principali: l'eziologia e la sede anatomica della malattia. Sulla base di tali assi la classificazione si articola in diciassette capitoli: il criterio eziologico definisce sette «capitoli speciali» (malattie infettive e parassitarie, tumori ecc.); il criterio anatomico definisce dieci «capitoli locali», riferiti a una specifica sede anatomica. A loro volta i capitoli sono suddivisi in:

- blocchi: insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (per esempio, il blocco 140-195 che rappresenta i tumori maligni primari);
- categorie: codice a tre caratteri, alcuni dei quali specifici e non ulteriormente suddivisibili (per esempio, 179 tumori maligni dell'utero);
- sottocategorie: codice a 4 caratteri, dove il quarto carattere fornisce un'ulteriore specificità o informazione relativamente all'eziologia, localizzazione e manifestazione clinica (quando presenti prevalgono rispetto al codice a tre caratteri);
- sottoclassificazioni: codici a 5 caratteri (quando presenti prevalgono rispetto al codice a tre caratteri).

Tabella 11.2 Incidenza dei ricoveri (RO e DH) dei reparti selezionati sull'attività complessiva delle strutture, casi complessivi e numero specialità trattate

Reparto	Strutture campione									
	Pubb. A	Pubb. B	Pubb. C	Pubb. D	Pubb. E	Priv. A	Priv. B	Priv. C	Priv. D	Priv. E
Cardiochirurgia	1%	3%	1%			3%	2%	4%		
Cardiologia	11%	6%	3%	4%	5%	10%	7%	9%		6%
Chirurgia generale	7%	11%	8%	12%	12%	9%	9%	12%	43%	11%
Ematologia	3%	1%	4%			2%				
Ocullistica	4%	4%	10%	8%	6%	4%	7%	7%		13%
Ortopedia e traumatologia	3%	3%	3%	7%	6%	3%	18%	8%		20%
Urologia	3%	4%	4%	9%	6%	4%	5%	7%	5%	5%
RRF	1%	1%	1%	5%		3%	4%			12%
Oncologia	4%	3%			10%	1%	10%	8%	22%	
Totale reparti campione	37%	37%	34%	46%	44%	37%	61%	55%	70%	67%
<i>Altre specialità</i>	<i>63%</i>	<i>63%</i>	<i>66%</i>	<i>54%</i>	<i>56%</i>	<i>63%</i>	<i>39%</i>	<i>45%</i>	<i>30%</i>	<i>33%</i>
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Casi complessivi</i>	<i>54.172</i>	<i>28.398</i>	<i>50.023</i>	<i>14.776</i>	<i>25.627</i>	<i>52.627</i>	<i>37.104</i>	<i>12.800</i>	<i>18.509</i>	<i>14.575</i>
<i>Numero specialità complessive</i>	<i>37</i>	<i>24</i>	<i>31</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>26</i>	<i>19</i>	<i>12</i>	<i>9</i>	<i>14</i>

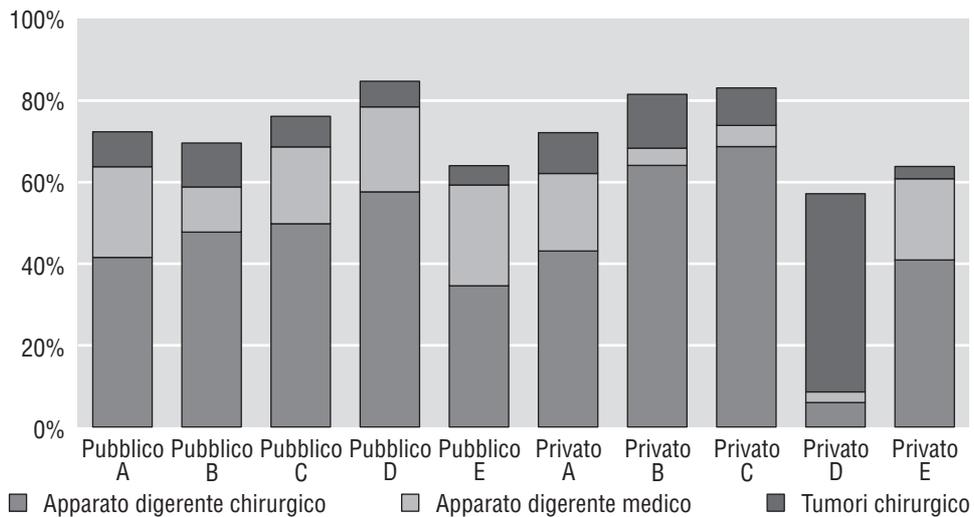
Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

Dall'analisi sui pazienti dimessi da ciascun reparto (cfr. Tab. 11.2, *supra*) emerge come le strutture private presentino una casistica più concentrata su un numero più basso di specialità rispetto a quello delle strutture pubbliche, facendo ipotizzare una maggiore propensione alla specializzazione da parte delle strutture private: l'attività dei reparti selezionati rappresenta in media il 53 per cento di quella complessiva nelle strutture private (con tre strutture che superano il 60 per cento); in quelle pubbliche il valore medio si attesta intorno al 38 per cento (con tre strutture che registrano valori uguali o inferiori al 37 per cento).

Rispetto a questa tendenza fa eccezione la struttura «Privata A» che, invece, evidenzia dei tratti simili a quelli delle strutture pubbliche in termini sia di numero di specialità presenti nella struttura sia di concentrazione della casistica nell'ambito dei reparti selezionati.

Il secondo passaggio ha affrontato la questione proponendo un'elaborazione qualitativa delle attività erogate raggruppando i dimessi sulla base di diversi sistemi di classificazione che permettessero una rappresentazione più appropriata rispetto all'attività svolta. Per questo motivo si sono proposti alcuni confronti relativi all'attività in RO di tre reparti classificata secondo metodologie diverse: chirurgia generale, cardiocirurgia e oncologia. Per il reparto di chirurgia generale l'analisi si è basata sul sistema di classificazione per linee produttive¹² da cui si evince che tutte le strutture (a eccezione della struttura «Pubblica E» e, soprattutto, della «Privata D») erogano maggiormente prestazioni di tipo chirurgico nell'ambito della linea produttiva dell'apparato digerente (tra il 40 e il 70 per cento

Figura 11.1 **Incidenza percentuale delle linee produttive più frequenti nel reparto di chirurgia generale (2005)**

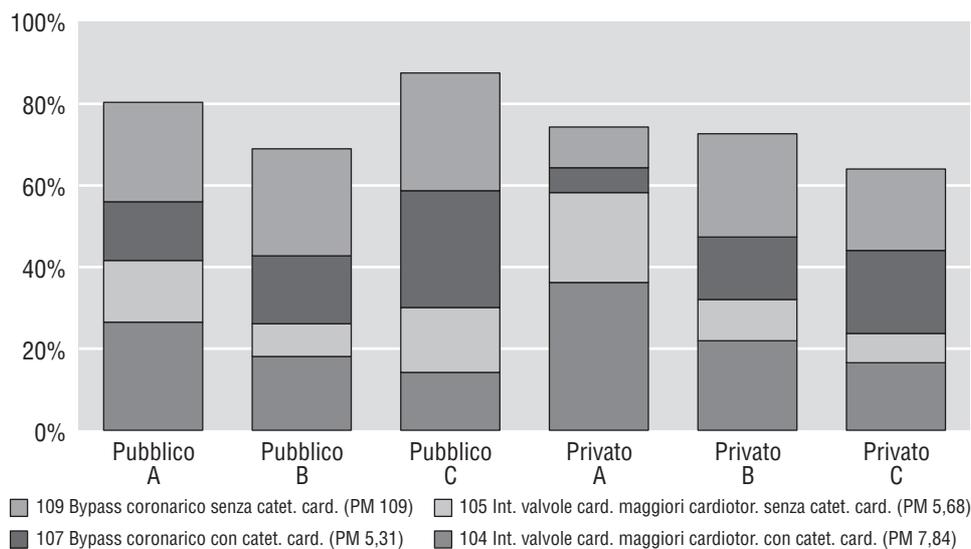


Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

della casistica trattata complessivamente nel reparto, Fig. 11.1). Altri due esempi proposti riguardano:

1. il reparto di cardiocirurgia (cfr. Fig. 11.2), per il quale si è scelto di seguire la classificazione dei principali DRG indicandone per ognuno il Peso Medio (PM) e dalla cui analisi si evince un'elevata eterogeneità dei DRG erogati sia tra le strutture considerate sia nell'ambito della singola struttura;
2. il reparto di oncologia (cfr. Fig. 11.3) per il quale si è scelto un metodo di analisi combinato dato dall'incrocio della classificazione dei DRG e quella internazionale delle diagnosi principali ICD (DRG «Trapianto del midollo osseo» e «blocchi» di diagnosi principali relativi al settore nosologico dei tumori)¹³ e dalla cui analisi si evidenzia una maggiore rilevanza della Chemioterapia in tut-

Figura 11.2 **Incidenza percentuale dei DRG più frequenti (RO) nel reparto di cardiocirurgia (2005)**

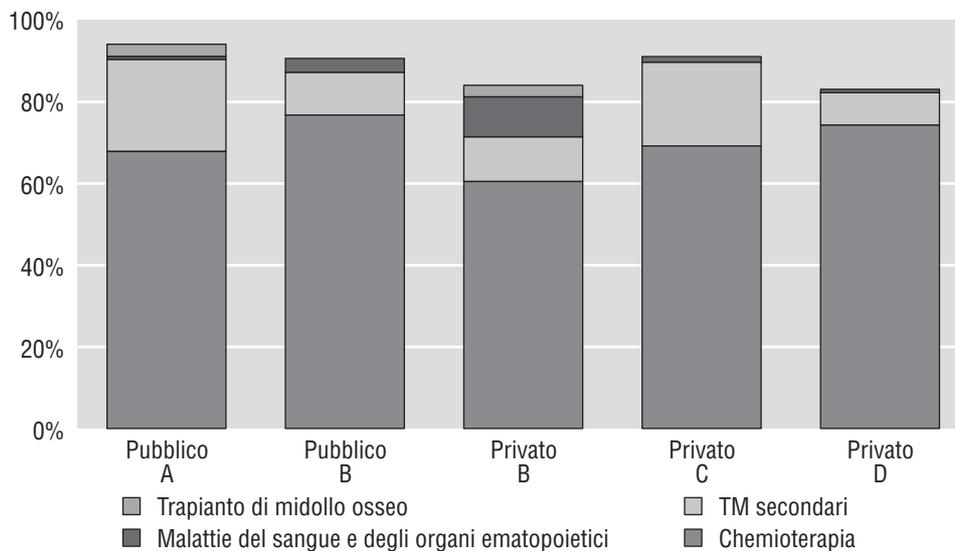


Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

¹² Le linee produttive sono costruite sulla base delle MDC e dei DRG trattati in ciascuna disciplina e classificati in base a criteri anatomici, eziologici, terapeutici e di età.

¹³ La classificazione DRG non consente di individuare attraverso un'unica Major Diagnostic Category (MDC) la casistica dei tumori, che risultano «dispersi» in diverse MDC. Per avere una rappresentazione complessiva di tale casistica è pertanto indispensabile utilizzare la classificazione internazionale delle diagnosi principali ICD (nelle sue varie versioni IX, X ecc.), in grado di individuare attraverso il settore nosologico 2 (tumori) tutti i dimessi che rientrano in tale categoria di diagnosi. Nell'analisi del reparto di oncologia l'analisi proposta ha consentito, in primo luogo, di evidenziare una specifica prestazione di natura particolarmente complessa, quale il trapianto di midollo osseo

Figura 11.3 **Incidenza percentuale delle patologie più frequenti nel reparto di oncologia (2005)**



Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

te le strutture considerate e la presenza degli interventi di «Trapianto del midollo osseo» solo in due delle cinque strutture con il reparto di oncologia («Pubblica A» e «Privata E»).

11.3.2 Come si erogano le prestazioni?

Per la seconda dimensione di indagine l'analisi si è concentrata sulle modalità organizzative e operative con cui vengono erogate le prestazioni all'interno del reparto proponendo delle elaborazioni che si basano su due tipologie di osservazioni diverse: da una parte, sui pazienti dimessi da ciascun reparto in regime di ricovero ordinario, dall'altra, sui pazienti ammessi e dimessi da ciascun reparto in regime di ricovero ordinario.

Rispetto ai pazienti dimessi dal reparto sono state condotte:

1. per tutte le specialità considerate (I step), analisi sulla scelta del *setting* organizzativo e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate;
2. per alcuni reparti (II step), analisi sull'efficienza operativa di reparto in termini di degenza media.

attraverso lo specifico DRG a essa associato; in secondo luogo di raggruppare tutte le altre prestazioni del reparto in base ai blocchi di diagnosi principali del settore nosologico tumori.

Tabella 11.3 Incidenza percentuale dei ricoveri in regime ordinario e diurno per i reparti selezionati e per singola struttura del campione (2005)

Reparto	Strutture campione									
	Pubblico A		Pubblico B		Pubblico C		Pubblico D		Pubblico E	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH
Cardiochirurgia	100%		84%	16%	100%		100%			
Cardiologia	60%	40%	65%	35%	67%	33%	69%	31%	100%	
Chirurgia generale	79%	21%	63%	37%	89%	11%	100%		77%	23%
Ematologia	56%	44%		100%	26%	74%		100%		
Oculistica	29%	71%	6%	94%	43%	57%	17%	83%	100%	
Ortopedia e traumatologia	72%	28%	86%	14%	85%	15%	73%	27%	74%	26%
Urologia	55%	45%	73%	27%	37%	63%	68%	32%	38%	62%
RRF	62%	38%	73%	27%	46%	54%	100%		100%	
Oncologia	59%	41%	33%	67%						100%

Reparto	Strutture campione									
	Privato A		Privato B		Privato C		Privato D		Privato E	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH
Cardiochirurgia	100%		100%		100%					
Cardiologia	100%		98%	2%	100%				96%	4%
Chirurgia generale	100%		79%	21%	99%	1%	68%	32%	55%	45%
Ematologia	52%	48%								
Oculistica	100%		20%	80%	100%				1%	99%
Ortopedia e traumatologia	100%		60%	40%	97%	3%			57%	43%
Urologia	100%		84%	16%	92%	8%	100%		69%	31%
RRF	100%		100%						84%	16%
Oncologia		100%	45%	55%	70%	30%	71%	29%		

Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

Con riferimento alla scelta del *setting* organizzativo (cfr. Tab. 11.3), le considerazioni sull’utilizzo del DH rispetto al RO nelle diverse strutture non possono prescindere dalle caratteristiche organizzative (variabili di contesto)¹⁴ delle singole realtà aziendali: per esempio, la presenza o meno di un reparto dedicato al trattamento dei

¹⁴ Non vengono proposte considerazioni in merito alla dotazione dei posti letto in quanto, come citato nel par. 11.2, i dati strutturali espressi in termini di posti letto (RO e DH) e resi disponibili dalle banche dati istituzionali non riflettono il reale utilizzo dei posti letto. A tal fine sarebbe opportuno avviare indagini *ad hoc* sul tempo medio di apertura dei posti letto nei singoli reparti.

Tabella 11.4 Incidenza percentuale casi LEA, esclusi ricoveri di un giorno (2005)

Reparto	Strutture campione									
	Pubb. A	Pubb. B	Pubb. C	Pubb. D	Pubb. E	Priv. A	Priv. B	Priv. C	Priv. D	Priv. E
Cardiochirurgia	0%	1%	2%			2%	2%	0%		
Cardiologia	1%	1%	0%	3%	1%	1%	2%	2%		3%
Chirurgia generale	12%	12%	23%	24%	24%	16%	10%	4%	7%	13%
Ematologia	2%		4%			4%				
Oculistica	42%	57%	35%		90%	57%	79%	100%		75%
Ortopedia e traumatologia	5%	5%	5%	8%	13%	6%	1%	2%		3%
Urologia	6%	8%	5%	19%	6%	7%	6%	2%	2%	4%
RRF	6%	0%	3%	0%	3%	7%	4%			9%
Oncologia	0%	6%					3%	1%	3%	

Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

casi in DH «reparto di day hospital multispecialistico» (per esempio, nella struttura «Privata A» i reparti non erogano casi in DH ma solo attività in RO, a eccezione della specialità di ematologia). A tal proposito si segnala un'elevata eterogeneità nell'erogazione di casi in DH nei reparti considerati da parte delle strutture del campione. In particolare, è interessante sottolineare come in alcuni casi l'attività in DH rappresenta più dell'80 per cento della casistica trattata: questo è il caso del reparto di cardiochirurgia della struttura «Pubblica D» di oncologia della struttura «Pubblica E» e «Privata A», di ematologia delle strutture «Pubbliche B e D» e di oculistica della strutture «Pubbliche B e D» e della struttura «Privata E».

Riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate dai reparti (cfr. Tab. 11.4), è emersa un'incidenza contenuta dei casi LEA¹⁵ per la maggior parte dei reparti del campione a eccezione della specialità di chirurgia generale (soprattutto per le strutture pubbliche) e dell'oculistica (soprattutto per le strutture private).

Riguardo agli approfondimenti sui reparti, sono state condotte delle elaborazioni sull'efficienza operativa di alcune specialità utilizzando la *proxy* della degenza media correlata alla complessità della casistica trattata (PM – cfr. Figg. 11.4 e 11.5).

¹⁵ Tale incidenza è stata calcolata come rapporto tra i casi a elevato rischio di inappropriata (così come individuati dal D.P.C.M. sui LEA) dimessi dal reparto (a esclusione dei casi di un giorno) in RO sui casi complessivi del reparto. Si è scelto di escludere i casi di un giorno erogati in RO in quanto l'erogazione di questi ultimi, sebbene possa essere inappropriata, potrebbe dipendere da una dotazione non adeguata di posti letto accreditati in DH e/o dalla necessità di garantire la possibilità di un pernottamento ai pazienti non residenti nella regione.

Figura 11.4 **Posizionamento delle strutture rispetto a degenza media e peso medio del reparto di chirurgia generale (2005)**

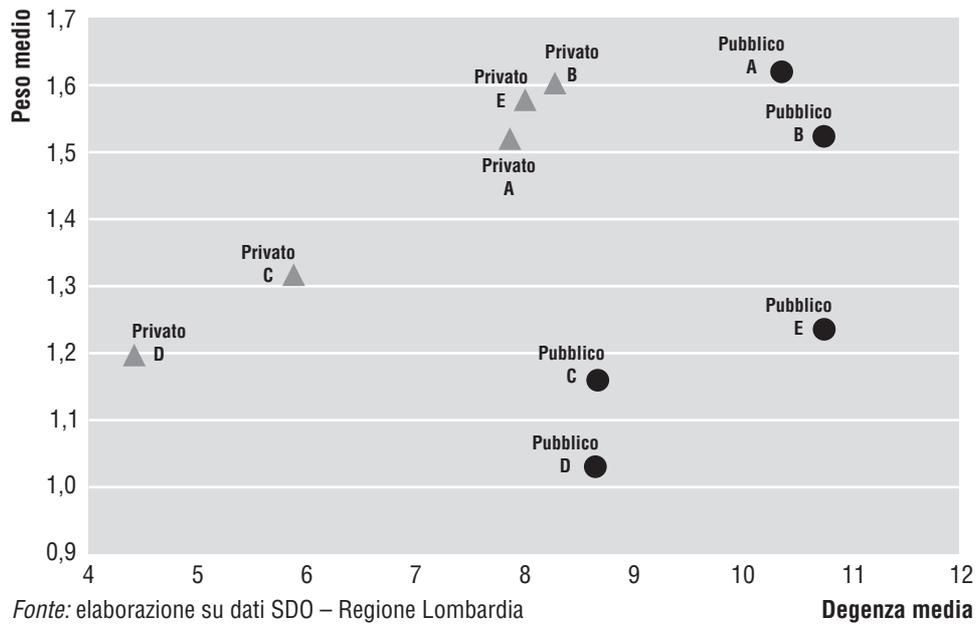
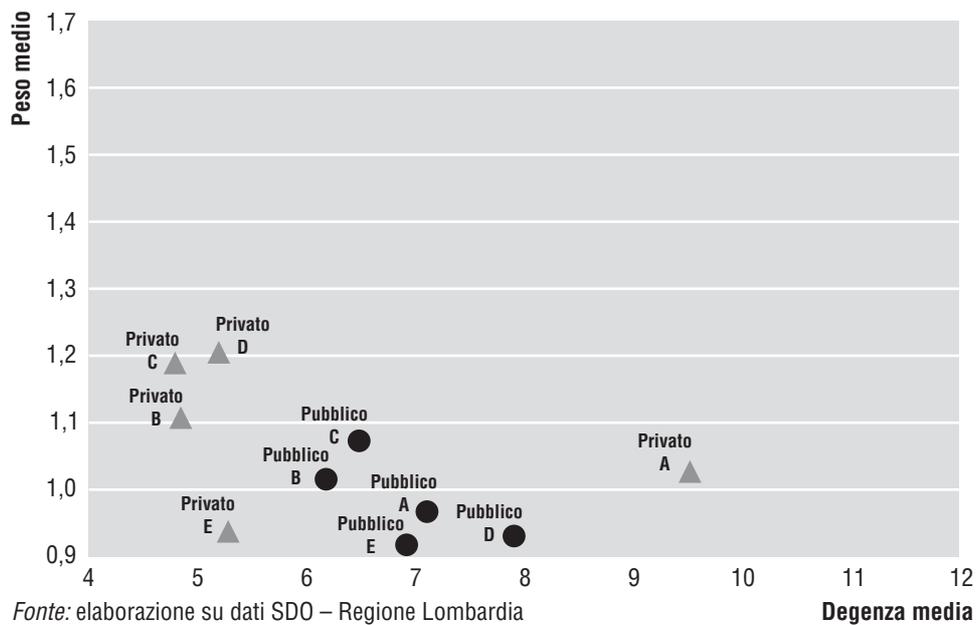


Figura 11.5 **Posizionamento delle strutture rispetto a degenza media e peso medio del reparto di urologia (2005)**

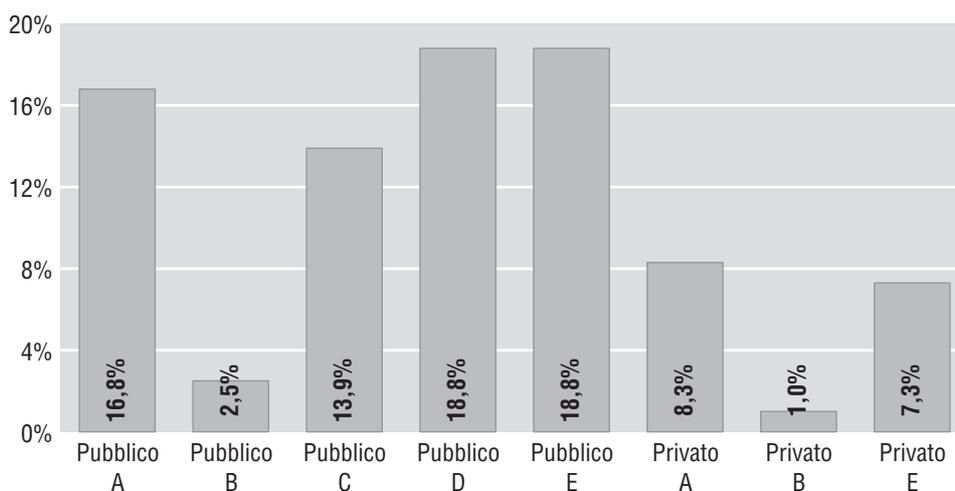


Per esempio, considerando i due reparti che sono presenti in tutte le strutture del campione (chirurgia generale e urologia), a parità di valore del PM, distribuito in modo omogeneo tra strutture pubbliche e private, si registra per entrambi i reparti considerati una maggiore efficienza nelle strutture private misurata in termini di degenze medie che si pongono a livelli più bassi rispetto a quelle delle strutture pubbliche (a eccezione della struttura «Privata A» nel reparto di urologia). A tal proposito, è opportuno segnalare che per alcuni reparti l'indicatore tradizionale della degenza media non è significativo ma sarebbe opportuno affiancarlo a delle elaborazioni *ad hoc*. Questo è il caso delle specialità:

1. in cui le prestazioni sono remunerate a giornata di degenza (per esempio, il reparto di Recupero Riabilitazione Funzionale – RRF), dove è più significativo considerare l'incidenza dei casi Oltre Valore Soglia (OVS);
2. in cui prevale un'attività erogabile in regime di DH (come per esempio, il reparto di oculistica) dove è rilevante valutare anche l'incidenza dei casi di un giorno erogati in regime ordinario.

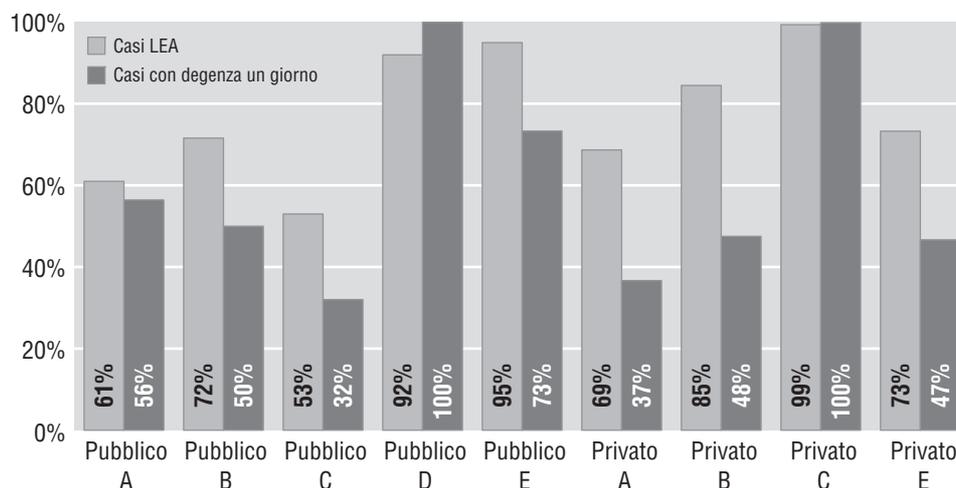
In particolare, per il reparto di RRF emerge una significativa incidenza dei casi OVS nelle strutture pubbliche (a eccezione della struttura «Pubblica B») confermando la tendenza di una maggiore efficienza tecnica nelle strutture private (cfr. Fig. 11.6). Per il reparto di oculistica è significativo valutare, sia per le strutture pubbliche che per quelle private, l'incidenza dei casi in RO di un giorno: tali ricoveri, anche se, da una parte contribuiscono a ridurre i valori della degenza media del reparto, dall'altra rischiano di aumentare l'incidenza dei

Figura 11.6 **Incidenza percentuale dei casi OVS nel reparto di RRF (2005)**



Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

Figura 11.7 **Incidenza percentuale dei casi LEA (inclusi i casi di un giorno in RO) e dei casi con degenza un giorno nel reparto di oculistica (2005)**



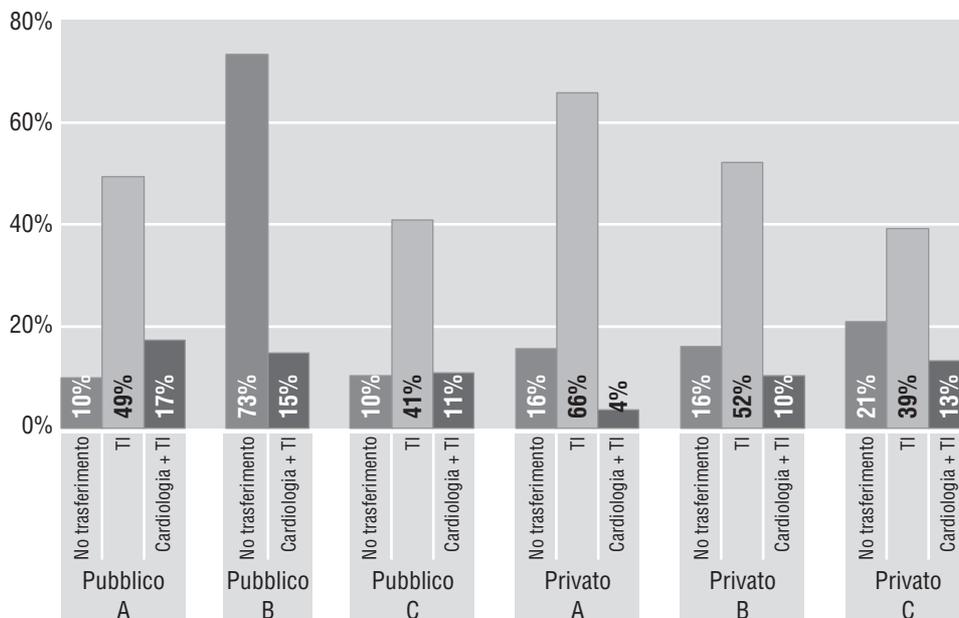
Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

ricoveri inappropriati. Per questo motivo si è deciso di affiancare a tale analisi l'incidenza dei casi a elevato rischio di inappropriatazza come definiti dal D.P.C.M. sui LEA¹⁶ (cfr. Fig. 11.7): le strutture che registrano incidenze dei ricoveri di un giorno in RO più elevate sono anche quelle con il peso dei DRG a rischio di inappropriatazza più alto (struttura «Pubblica D», «Pubblica E» e «Privata C»).

Una seconda metodologia di analisi si è basata sui pazienti ammessi ed è servita a valutare l'attività complessiva effettivamente erogata da ogni reparto e a tracciare per ciascun paziente il percorso tipico di «transito» nella struttura oggetto di indagine, evidenziando i trasferimenti fra i reparti. Questo livello di indagine, meno consueto dei precedenti, è particolarmente utile per rappresentare le modalità di assistenza tipiche di reparti che si «appoggiano» nell'ambito dello stesso ricovero, ad altri reparti (per esempio, la cardiocirurgia che si appoggia alla terapia intensiva) o, viceversa, «servono» altri reparti, dimettendo di conseguenza un numero di pazienti molto inferiore rispetto a quelli effettivamente trattati (per esempio, per ragioni opposte, la stessa terapia intensiva). La Fig. 11.8 evidenzia come, per la quasi totalità dei pazienti dimessi dal reparto di cardiocirurgia, la maggior parte delle strutture prevede un trasferimento nei reparti di terapia intensiva o di cardiologia con la presenza della terapia intensiva. Rispetto a tale tenden-

¹⁶ Si segnala che i valori percentuali dei casi LEA riportati in Fig. 11.7 per il reparto di oculistica includono i casi di un giorno in RO e per questo sono diversi da quelli della Tab. 11.4 dove vengono, invece, esclusi.

Figura 11.8 **Incidenza percentuale dei casi (RO) con e senza trasferimento di pazienti dimessi dalla cardiocirurgia (2005)**



Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

za fa eccezione la struttura «Pubblica B» in cui il 73 per cento dei dimessi non ha subito un trasferimento. Ciò è legato al fatto che il reparto di cardiocirurgia di tale struttura ha al proprio interno la terapia intensiva¹⁷.

11.3.3 A chi sono rivolte le prestazioni erogate?

Con la terza dimensione di analisi l'obiettivo è stato quello di indagare le caratteristiche del bacino di utenza servito dalle strutture. È stata, infatti, effettuata un'indagine sui pazienti dimessi da ciascun reparto per determinarne l'indice di attrazione di pazienti non residenti nella Regione Lombardia (I step) e un approfondimento, per alcuni reparti, sull'età dei pazienti trattati (II step).

Riguardo alla provenienza dei pazienti, la Tab. 11.5 evidenzia per tutti i reparti delle strutture pubbliche (a eccezione della specialità di oculistica) un maggior orientamento a servire il proprio bacino di riferimento (pazienti residenti in Regione Lombardia) in relazione anche al fatto che viene erogata una gamma più ampia di prestazioni (cfr. Tab. 11.2). Le specialità delle strutture private, invece, si

¹⁷ Questa informazione di natura qualitativa non è stata dedotta dall'analisi delle SDO, bensì da un'intervista *ad hoc* con il referente del controllo di gestione della struttura.

Tabella 11.5 Incidenza percentuale dei ricoveri (RO) di pazienti provenienti da altre regioni per reparto (2005)

Reparto	Strutture campione									
	Pubb. A	Pubb. B	Pubb. C	Pubb. D	Pubb. E	Priv. A	Priv. B	Priv. C	Priv. D	Priv. E
Cardiochirurgia	11%	10%	5%			60%	25%	29%		
Cardiologia	12%	5%	3%	3%	2%	54%	32%	30%		5%
Chirurgia generale	10%	7%	5%	3%	1%	20%	20%	8%	54%	7%
Ematologia	10%		3%			27%				
Oculistica	24%	8%	29%	3%	4%	45%	19%	4%		20%
Ortopedia e traumatologia	6%	6%	5%	6%	1%	13%	45%	6%		11%
Urologia	6%	9%	4%	5%	2%	27%	14%	6%	42%	7%
RRF	3%	6%	3%	6%	0%	33%	46%			8%
Oncologia	23%	3%					38%	10%	42%	

Fonte: elaborazione su dati SDO – Regione Lombardia

distinguono per una maggiore capacità di attrazione di pazienti residenti fuori dalla Regione Lombardia.

Alcuni approfondimenti sono stati effettuati a livello di reparto correlando l'età dei pazienti dimessi dal reparto e il PM dei casi trattati per le due specialità presenti in tutte le strutture del campione (chirurgia generale e urologia). In particolare, per il reparto di urologia si evidenzia come le strutture pubbliche si rivolgono a pazienti con un'età media più bassa rispetto ai pazienti trattati dalle strutture private e con un livello di gravità/complessità dei casi tendenzialmente inferiore (a eccezione della struttura «Privata E» – cfr. Fig. 11.9). Nell'interpretare i risultati di queste tipologie di analisi è necessario, però, sottolineare che non appare sempre possibile generalizzare i comportamenti dei due cluster «strutture pubbliche» e «strutture private», ma, in alcuni casi, è doveroso fare dei ragionamenti *ad hoc* per singolo reparto individuando altri raggruppamenti di strutture e, eventualmente, analizzare le differenze tra le strutture all'interno di ciascun *cluster* identificato. A questo proposito, per esempio, nel reparto di chirurgia generale (cfr. Fig. 11.10) è possibile distinguere due raggruppamenti: strutture con valori del PM basso (< 1,32) e strutture con PM elevato (> 1,5). Nel primo cluster (PM < 1,32), le strutture pubbliche si rivolgono soprattutto a pazienti di età più elevata (strutture «Pubbliche D, E e C») rispetto a quella dei pazienti trattati dalle strutture private (strutture «Private D e C»); nel secondo *cluster* (PM > 1,5), si riflette l'andamento contrario. Rispetto a questo quadro fa eccezione la struttura «Privata B» che, pur essendo caratterizzata da un PM elevato (> 1,5), tratta pazienti con un'età media assimilabile a quella delle strutture pubbliche.

Figura 11.9 **Posizionamento delle strutture rispetto all'età media dei pazienti trattati e al peso medio del reparto di urologia (2005)**

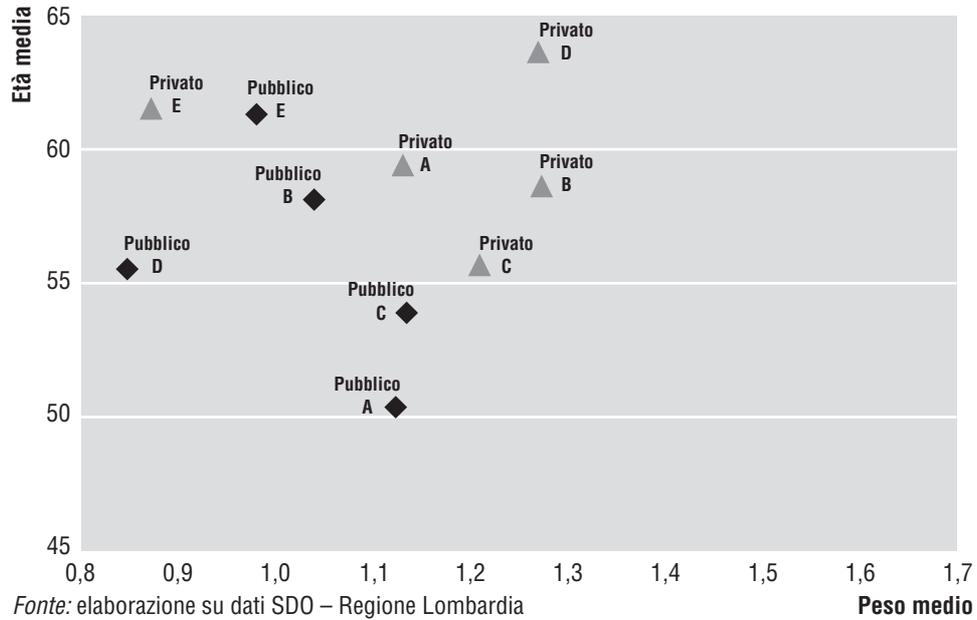
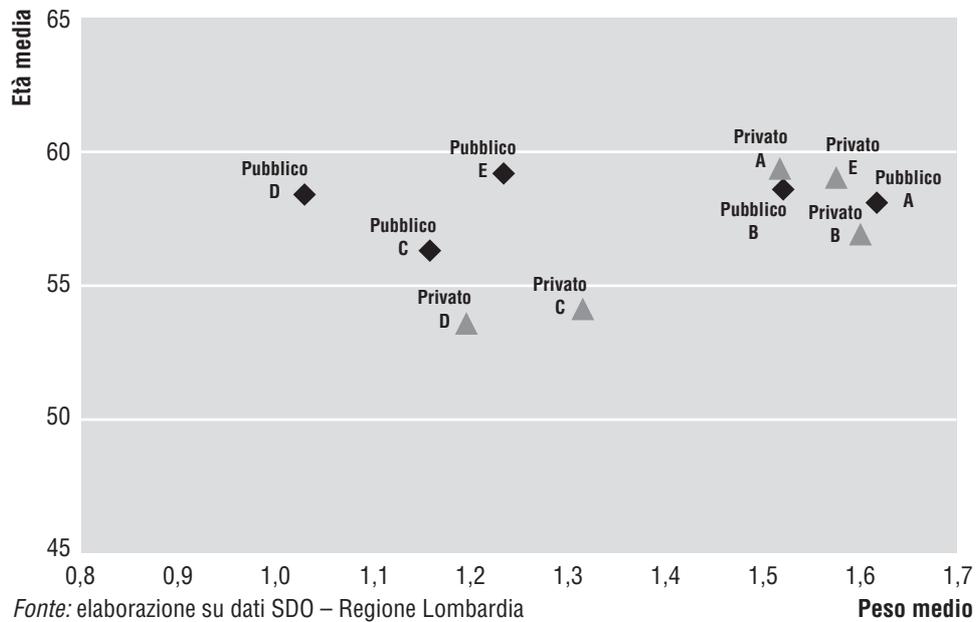


Figura 11.10 **Posizionamento delle strutture rispetto all'età media dei pazienti trattati**



11.4 Conclusioni e prospettive di sviluppo della ricerca

Nel presente paragrafo si traggono alcune considerazioni conclusive in merito alla metodologia di analisi proposta, evidenziandone i punti di originalità e i principali limiti.

Questo lavoro di ricerca, basato sull'applicazione della tecnica del *benchmarking* delle performance delle aziende sanitarie, si è posto l'obiettivo non solo di valutare i risultati dell'indagine, ma in particolar modo di individuare una metodologia di analisi dei dati e di rappresentazione dei risultati da poter replicare in studi di *benchmark* sull'attività ospedaliera erogata a livello di reparto, promossi direttamente dalle aziende (approccio *bottom-up*) o dal livello regionale o nazionale (approccio *top-down*).

Il carattere di originalità della presente ricerca è costituito principalmente dalle modalità con cui sono stati utilizzati ed elaborati i dati di attività dei reparti, in particolare rispetto:

- ▶ all'analisi qualitativa della casistica trattata (par. 11.3.1), ovvero alla scelta di una specifica modalità di rappresentazione della casistica trattata in relazione alla tipologia di attività svolta da ogni reparto (classificazione DRG, ICD 9, linee produttive DRG);
- ▶ all'approccio adottato nell'analisi dei dati delle SDO che vengono esaminati secondo la prospettiva dei pazienti dimessi, per l'elaborazione degli indicatori di performance, e quella dei pazienti «transitati» da un reparto per descrivere il percorso tipico del paziente nel processo assistenziale cercando di rendere i confronti più significativi (par. 11.3.2).

Lo studio, tuttavia, presenta alcune problematiche relative alle fonti dei dati, all'unità di indagine scelta e alle modalità di interpretazione dei risultati. Tali limiti sono riconosciuti e sintetizzati nei seguenti tre punti:

- ▶ primo, nonostante i flussi informativi disponibili attraverso le SDO costituiscono un prezioso strumento per effettuare analisi di questo tipo sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture di ricovero, è opportuno, non dimenticare i limiti di queste fonti, derivanti soprattutto dalle finalità di natura essenzialmente amministrativa della loro raccolta.

Nella sostanza le SDO non sono sufficientemente accurate nel descrivere le caratteristiche cliniche dei pazienti e, molto spesso, anche nel registrare i processi assistenziali effettivamente eseguiti, gli eventi riportati sono fortemente correlati alle implicazioni economiche che producono (determinazione della tariffa di rimborso)¹⁸. Tuttavia le SDO, con le dovute cautele interpretative,

¹⁸ Per un approfondimento sugli strumenti e metodologie per il monitoraggio delle performance cliniche si rimanda a Berti *et al.* (2004).

restano comunque una fonte preziosa di informazioni per la valutazione delle performance aziendali;

- ▶ secondo, il reparto, è da un lato l'unità di base più significativa per effettuare analisi di *benchmarking* fra strutture ospedaliere, ma dall'altro essendo parte di un'organizzazione ben più ampia e complessa, non può essere isolato dal suo contesto di cui riflette importanti caratteristiche;
- ▶ terzo, la lettura degli indicatori utilizzati per il confronto dei singoli reparti, deve necessariamente essere associata alle specificità della produzione effettuata, perché a fronte di unità organizzative con la stessa denominazione possono svolgersi prestazioni di natura e peso molto diversi.

Alla luce di queste considerazioni, almeno due sono le prospettive di ricerca su cui poter lavorare: da una parte, sarebbe interessante proseguire la ricerca da un punto di vista metodologico proponendo una tecnica di analisi anche per quanto riguarda il confronto e la valutazione qualitativa dei processi che hanno portato ai risultati a oggi rilevati (in questo caso, gli strumenti tipici sono i *focus group* o i *workshop* che hanno appunto l'obiettivo di agevolare il confronto e far emergere i punti di contatto fra le diverse esperienze); dall'altra potrebbe essere statisticamente significativo allargare il campione delle aziende coinvolte nello studio ad altre aziende sanitarie (pubbliche e private) appartenenti a realtà con caratteristiche simili.

Bibliografia

- Ammons D.N., Coe C., Lombardo M. (2001), «Performance Comparison Projects in Local Government: Participants' Perspectives», *Public Administration Review*, 61(1), pp. 100-110.
- Berti E., Casolari L., Cisbani L., Fortuna D., Guastaroba P., Nobile L., Vizioli M., Grilli R. (2004), «Il monitoraggio delle performance cliniche», in R. Grilli, F. Taroni (a cura di), *Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*, Roma, Pensiero Scientifico.
- Camuffo A., Cappellari R. (1996), «Le teorie neoistituzionaliste», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli, *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. 1, «Le teorie dell'organizzazione», Torino, Utet.
- Coe C. (1999), «Local Government Benchmarking: Lessons From Two Major Multigovernment Efforts», *Public Administration Review*, 59(2), pp. 110-123.
- DiMaggio P.J., Powell W.W. (1991), *The New-Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- Del Vecchio M., Galli D. (2005), «Il benchmarking e l'apprendimento organizzativo» in A. Barretta, E. Vagnoni (a cura di), *Il benchmarking in ambito sanitario*, Padova, Cedam.

- Fine T., Snyder L. (1999), «What is the Difference Between Performance Measurement and Benchmarking?», *Public Management*, January, pp. 24-25.
- Lucianelli G. (2002), «Il benchmarking: la genesi, le caratteristiche e le fasi del processo», in G. Lucianelli, A. Danese (a cura di), *Il benchmarking nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche*, Torino, Giappichelli.
- Spendolini M.J. (1992), *The Benchmarking Book*, New York, AMACOM.
- Turrini A., Valotti G. (2006), «Un metodo per il benchmarking delle performance», *I confronti di performance tra comuni come strumento di apprendimento*, Quaderni Formez, n. 49.