

*Firenze, 7 ottobre 2016*

# L'agenda contemporanea per il management delle aziende sanitarie

Prof. Francesco Longo

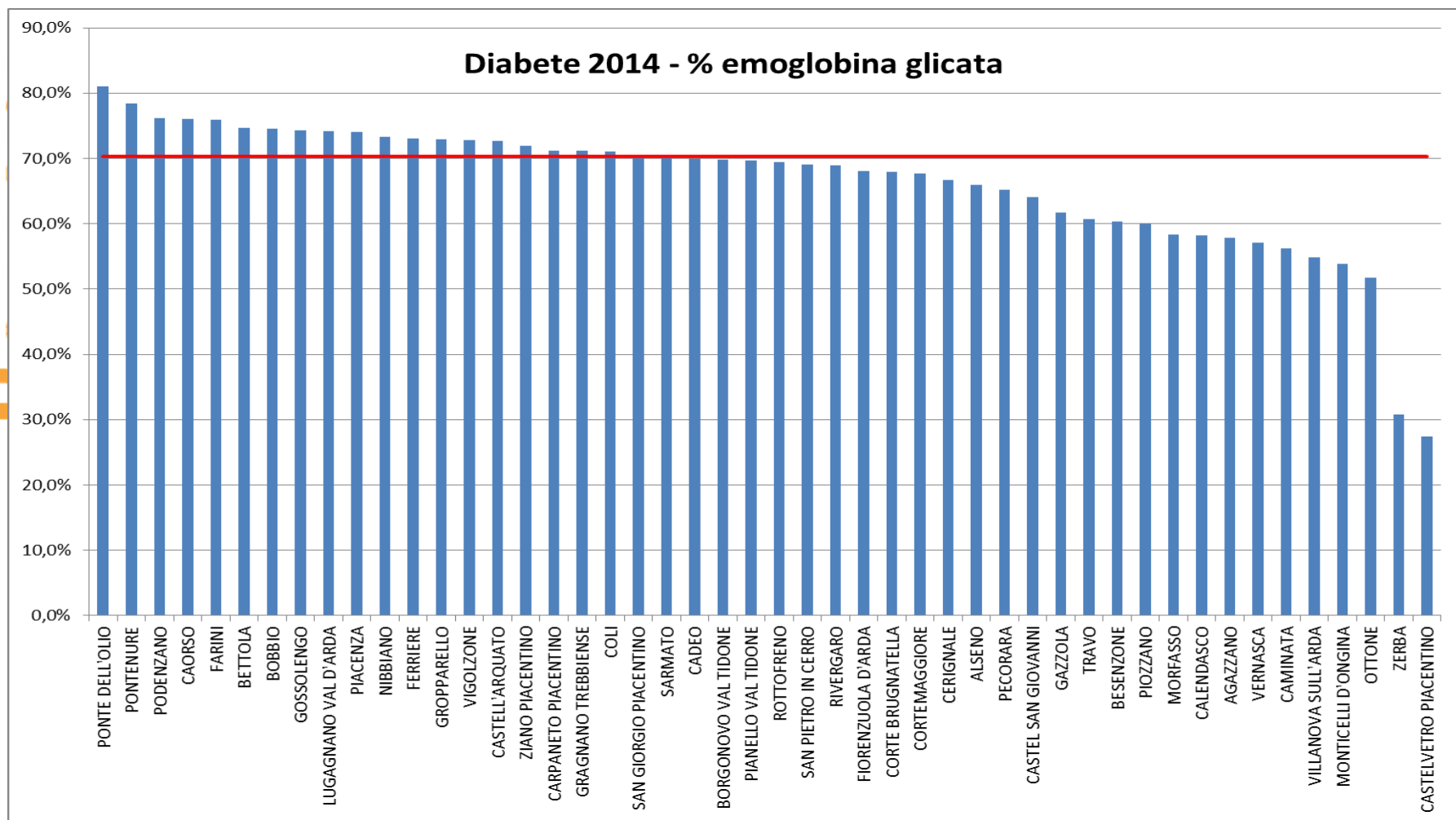
# Agenda

- 1. Una nuova metrica per le aziende**
- 2. Ridefinire i ruoli professionali: chi fa che cosa?**
- 3. La distinzione tra luoghi, servizi, organigrammi**
- 4. Diversificare i profili di responsabilità aziendale**
- 5. Sviluppare middle management (nuovo vero management)**
- 6. La competizione per le piattaforme di interfaccia unitarie con gli utenti**

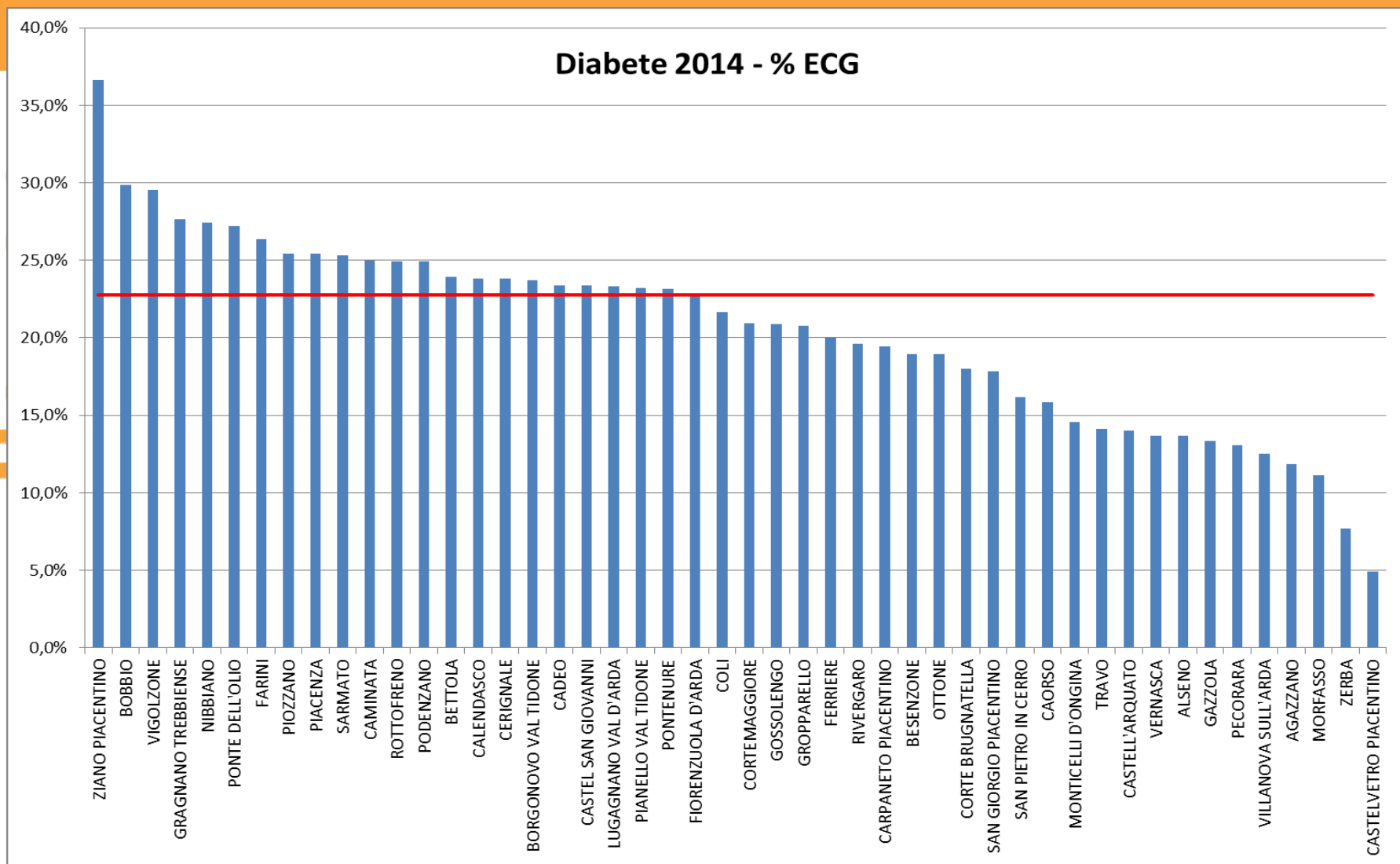
# 1. Una nuova metrica per le aziende 1/2

1. Di ogni paziente conosciamo la serie storica di diagnosi e consumi  
=> appropriatezza prescrittiva e compliance
  
1. I dati amministrativi devono essere usati per finalità cliniche
  - di programmazione;
  - di case management
  - di audit tra pari
  
3. Perché non lo si fa?
  - non si conosce la potenzialità;
  - non vengono messi a disposizione;
  - sono imprecisi;
  - medicina on demand e non per prevalenza.

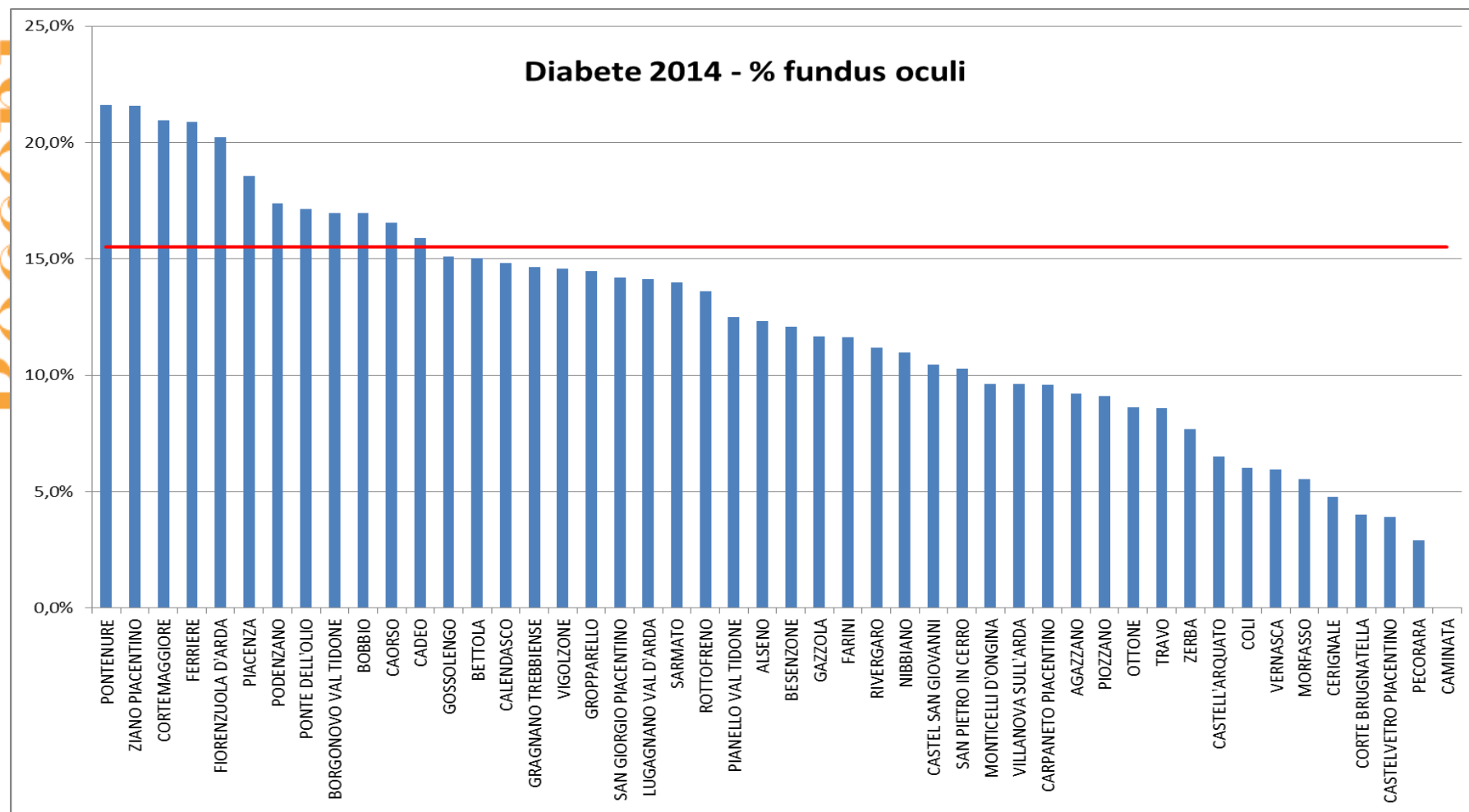
# 1. Una nuova metrica per le aziende



# 1. Una nuova metrica per le aziende



# 1. Una nuova metrica per le aziende



# 1. Una nuova metrica per le aziende 2/2

- 1. Monitorare la prevalenza per patologie**
- 2. Definire il livello atteso e il mix di pazienti da reclutare**
- 3. Valutare il tasso di reclutamento e di appropriatezza dei PAI**
- 4. Monitorare l'aderenza della filiera professionale ai PAI**
- 5. Controllare e supportare la compliance dei pazienti**
- 6. Monitorare gli esiti e i driver degli scostamenti**

# 2. Ridefinire i ruoli professionali: chi fa che cosa? 1/3

## Le funzioni

### **Le funzioni:**

- 1. Reclutamento**
- 2. Definizione PAI**
- 3. Esecuzione prestazioni/follow up**
- 4. Case management, valutazione e riavvio processo**

- Quale figura professionale?**
- Quale azienda?**
- Quale setting assistenziale?**



## 2. Ridefinire i ruoli professionali: chi fa che cosa? 2/3

### Le possibili figure professionali

#### **Le funzioni:**

- 1. Reclutamento: screening/MMG/spec. amb/H spoke/**
- 2. Definizione PAI: MMG/spec amb/H spoke/H hub**
- 3. Esecuzione prestazioni/follow up: infermieri/MMG/spec. amb/spec. spoke**
- 4. Case management, valutazione e riavvio processo: infermieri/MMG/spec. amb/spec. spoke/spec hub**

#### **DA COSA DIPENDE?**

- Stadio di patologia**
- Competenze del paziente o della sua rete**
- Comorbilità/età**

## 2. Ridefinire i ruoli professionali: chi fa che cosa? 3/3

### La matrice di progettazione

	<b>Reclutamento</b>	<b>PAI</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>Case management</b>
Stadio 1				
Stadio 2				
Stadio 3				
Pluripatologico/anziano				

### 3. La distinzione tra luoghi, servizi, organigrammi 1/3

1. **Storicamente ogni UO esprimeva unitariamente responsabilità e governo su un setting assistenziale, sui fattori produttivi e sui processi assistenziali**
1. **Stiamo sviluppando nuovi luoghi erogativi: sub/post acuto, casa della salute, UCCP, POT**
2. **Stiamo iniziando a ragionare per processi per patologie: reclutamento della prevalenza/aderenza dei professionisti/compliance dei pazienti/esiti**
1. **Stiamo costruendo una matrice tra setting assistenziali e processi per patologia**

### 3. La distinzione tra luoghi, servizi, organigrammi 2/3

1. I nuovi luoghi erogativi sono parziali e in divenire (non tutti i MMG sono nelle Case della salute, non tutti gli specialisti possono essere nei POT, il postacuto serve soprattutto agli anziani con poca rete)
2. I luoghi possono essere:
  - un luogo di accesso
  - un simbolo per la popolazione (flagship store)
  - una piattaforma erogativa controllata da altre UO
  - un CdR con responsabilità erogative
  - un CdR con responsabilità sulla comunità
3. Inevitabilmente conterranno alcune di queste dimensioni, non sempre in modo definito e preciso (strategie emergenti)
4. Potrebbero avere dei target prevalenti/privilegiati (anziani, cronici, popolazione lontana dagli H, ecc.) o essere generalisti

# 3. La distinzione tra luoghi, servizi, organigrammi 3/3

- 1. Chi dirige la matrice: il responsabile del setting o del processo?**
- 2. I fabbisogni di governo si stanno ampliando e specializzando (decoupling):**
  - disegnare e mantenere i PDTA**
  - definire il PAI sul singolo paziente**
  - case management del singolo paziente**
  - ottimizzazione del processo produttivo**
  - leve di service management (customer experience) per migliorare empowerment e compliance dei pazienti**
- 3. Quale responsabilità attribuiamo al setting e quale al processo?**

## 4. Diversificare i profili di responsabilità aziendale 1/2

- 1. Disegno e aggiornamento PDTA (EBM)**
- 2. Diffusione e knowledge management PDTA (audit)**
- 3. Definizione e gestione modello organizzativo e delle interdipendenze : decidere chi fa che cosa? (Centers)**
- 4. Case management e centri servizi per il monitoraggio compliance pazienti ed esiti**
- 5. Operation management delle piattaforme erogative**

## 4. Diversificare i profili di responsabilità aziendali: quali confini del regno (clinico) ? 2/2

- 1. La “mia” UO**
- 2. La rete dei professionisti che tratta la patologia (MMG/spec. amb/ H)**
- 3. La prevalenza epidemiologica e le dinamiche sanitarie correlate (rete professionale, pazienti, care giver familiari)**

## 5. Sviluppare middle management (nuovo vero management)

1. Le mega AUSL focalizzano vertice aziendale su ruoli pianificatori di sistema e vicini alla politica
2. Dove sta il management? La mediazione locale degli interessi legittimi contrastanti e la gestione
3. Il middle management diventa il nuovo management
4. Può essere individuato per disciplina (es. DSM), per territorio o per funzione (es. operation)
5. Necessario sviluppare nuovi simbolici, contratti e meccanismi di accountability con gli stakeholder



## 6. La competizione per le piattaforme di interfaccia unitarie con gli utenti 1/4

- La competizione, in tutti i settori, non riguarda più la sola efficiente produzione di beni o servizi, ma offrire una piattaforma di ricomposizione a cui il cittadino accede in modo unitario, multicanale, spesso in remoto.
- La piattaforma ricompositiva ha la forza di indirizzare le mappe cognitive degli utenti, di trasformare bisogni in domanda, di orientare la scelta dei prodotti e dei produttori: es. Google, Amazon, Tripadvisor o Netflix.
- L'organizzazione che è in grado di offrire l'"ultimo miglio", risulta il pivot del sistema.

## 6. La competizione per le piattaforme di interfaccia unitarie con gli utenti 2/4

- SSN rappresenta il 77% della spesa sanitaria del paese
- Il tasso di copertura con servizi pubblici dei 2,5 milioni di non autosufficienti è di circa il 10-20%.
- Il tasso di copertura dell'odontoiatria pubblica è del 5%.
- Le visite ambulatoriali sono nel 45% dei casi a pagamento out of pocket, così come il 40% delle prestazioni riabilitative.
- Il 70% delle visite ginecologiche sono private.
- Il 70% delle risorse socio-sanitarie sono nella disponibilità cash delle famiglie e non in servizi del sistema di welfare.

## 6. La competizione per le piattaforme di interfaccia unitarie con gli utenti 3/4

Bocconi

- Anche in sanità è iniziata la competizione per offrire la piattaforma ricompositiva unitaria (“ultimo miglio”)
- Ci provano le farmacie, le assicurazioni, le cooperative di medici, gli erogatori sanitari privati, i produttori socio-sanitari, le cooperative di consumo, siti web, associazioni pz., ecc.
- Offrono counselling per le prestazioni e gli stili di vita, informazioni per il paziente, prenotazioni, orientamento tra i produttori, sostegno alla compliance, integrazione tra sociale e sanitario, case management

**=> POTERE SU ORIENTAMENTO CITTADINI E  
DEFINIZIONE PRIORITA' CONSUMO**

## 6. La competizione per le piattaforme di interfaccia unitarie con gli utenti 4/4

- Il SSN è il principale attore del sistema, per dimensioni, strutture, risorse e competenze.
- Storicamente ha una debole cultura del servizio
- Rischia di essere posizionato come semplice “produttore” senza leadership nel trasformare bisogno in domanda.
- Il ri-posizionamento del SSN è reso difficile dal:
  - nobile e profondo orientamento culturale all’universalismo,
  - sottofinanziamento (mancano almeno 10 Mld nel SSN)
  - incapacità di esplicitare una agenda di priorità di intervento.