



in collaborazione con



OSPEDALE DEL FUTURO: FLESSIBILE, TECNOLOGICO, SOSTENIBILE. I MODELLI ORGANIZZATIVI

Giovedì 11 gennaio 2024 ore 9.30/13.00

Sala Convegni Ospedale "G. Mazzini" Teramo

1. PREMESSA

2. CLINICAL GOVERNANCE

3. INTEGRAZIONE

4. ADHOCRAZIE

5. MIDDLE MANAGEMENT

6. CONCLUSIONI

Premessa

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

45

**L'OSPEDALE FLESSIBILE:
QUALE ORGANIZZAZIONE E
QUALI MODELLI PER IL FUTURO**



Associazione Italiana per la
Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale



Venerdì 29 Dicembre 2023 Corriere della Sera

La riforma Nel 1978 l'istituzione del Servizio sanitario nazionale; ora i bisogni sono diversi, le tecnologie hanno subito un balzo in avanti, per non parlare dell'organizzazione degli ospedali

SANITÀ, COME ACCADDE 45 ANNI FA SERVE UN **GRANDE PROGETTO**

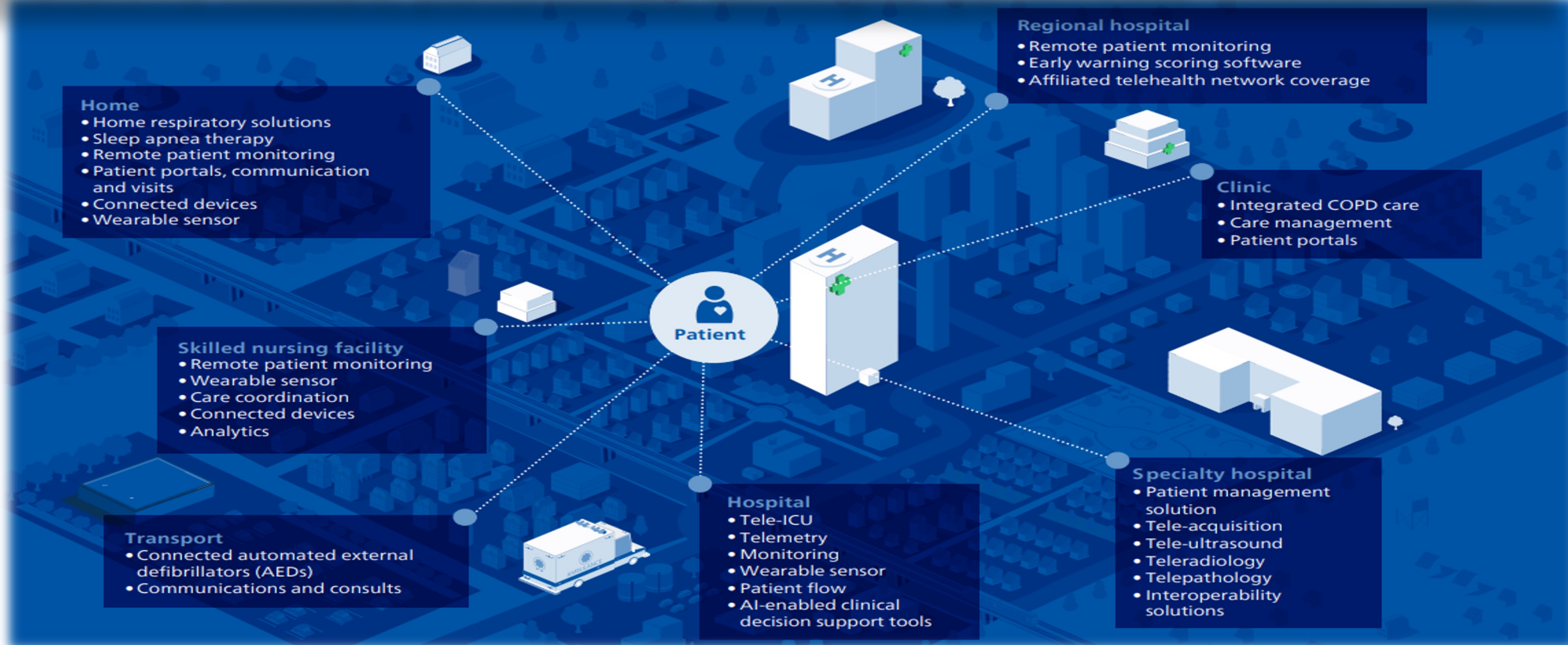
di Sergio Harari

Legge 833/78 - Istituzione del SSN

**Ecco perché il «modello di ospedale» doveva
già allora, e deve necessariamente oggi,
essere ripensato integralmente !**

l'ospedale diventerà sempre più una ...

Piattaforma modulare, plurifunzionale, tecnologica, iperconnessa, ecosostenibile, ...



... anche in base a quanto descritto negli anni 2000

1) Umanizzazione: Il malato deve essere posto in un ambiente a misura d'uomo, sicuro e confortevole, in cui sia garantita la privacy. Deve essere informato e guidato. Non deve vivere a stretto contatto con gli altri malati. Deve avere la possibilità di ricevere le visite di parenti e amici a qualsiasi ora.



Renzo Piano

Umberto Veronesi

2) Urbanità: L'ospedale non deve essere avulso dal centro cittadino, ma piuttosto diventare un prolungamento della città, cioè essere un 'ospedale aperto'.

3) Socialità: All'interno dell'ospedale si riscoprono valori ormai considerati del passato, come solidarietà, senso di appartenenza e interdipendenza.

4) Organizzazione: Elevata efficacia della diagnosi, della terapia e della riabilitazione, e un diffuso senso del benessere all'interno dell'ospedale.

5) Interattività: Il percorso clinico-diagnostico inizia con la prima visita presso il medico di famiglia e continua lungo le diverse componenti del sistema sanitario, secondo una logica di continuum assistenziale, che può portare alla fine

al ricovero in ospedale.

6) Appropriatezza: Le cure devono rispondere alle reali esigenze del malato e il ricovero va riservato ai pazienti acuti e non autosufficienti. Per tutti gli altri si deve ricorrere al day hospital o all'ambulatorio.

7) Affidabilità: Da questo principio, che contempla la capacità diagnostico terapeutica, la sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica e igienica, dipendono la tranquillità e la fiducia verso l'ospedale.

8) Innovazione: L'ospedale deve essere flessibile, pronto a cambiare a seconda delle esigenze sotto tutti i punti di vista: terapeutico, tecnologico, organizzativo e formale.

9) Ricerca: L'ospedale deve essere centro di ricerca clinico-scientifica che, favorendo il continuo aggiornamento e adeguamento alle ultime novità, moltiplica le capacità assistenziali.

10) Formazione: L'ospedale deve essere un luogo di aggiornamento continuo, professionale e culturale, per medici interni ed esterni, infermieri, tecnici e chi si occupa della gestione.

Come fare cambiamenti organizzativi e innovazione strategica nelle Aziende ?



Nuovo Ospedale della Apuane, aperto a Massa nel dicembre 2015

Come fare cambiamenti organizzativi e innovazione strategica nelle Aziende ?

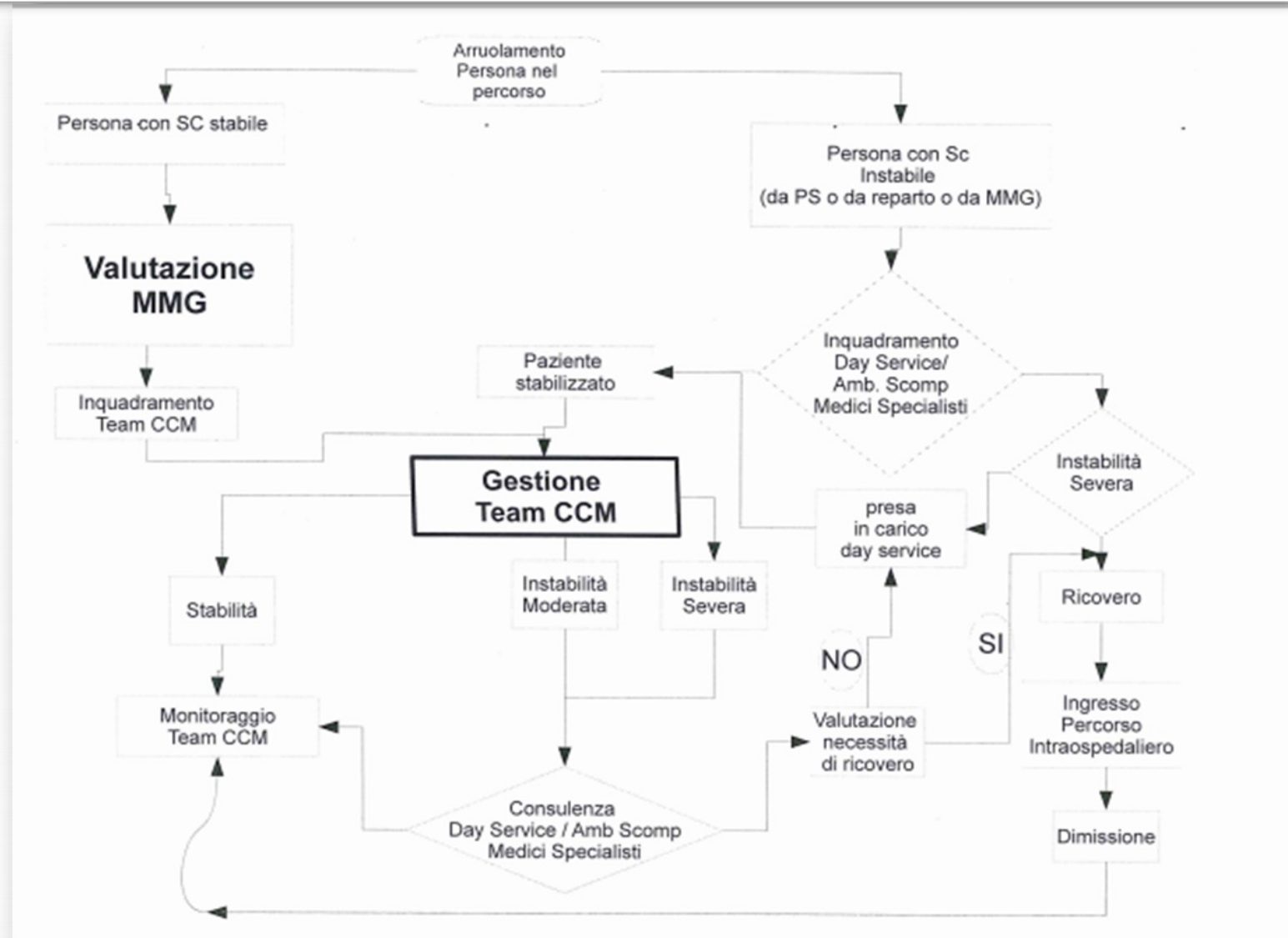


AZIENDA USL 1 DI MASSA E CARRARA

DIREZIONE SANITARIA	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO SCOMPENSO CARDIACO	CODICE 0694/DD003 Rev.02 del 12/11/2015 Pagina 3 di 16
------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

INDICE

1. PREMESSA	pag. 4
2. SCOPO E OBIETTIVI	pag. 6
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 6
4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI	pag. 7
5. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	pag. 7
6. RESPONSABILITA'	pag. 8
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	pag. 9
8. ORGANIZZAZIONE	pag. 11
9. GRUPPO DI LAVORO MULTI PROFESSIONALE	pag. 15
10. AGGIORNAMENTO	pag. 15
11. INDICATORI	pag. 15
12. GLI STRUMENTI	pag. 16
13. ACCESSIBILITA'/RISERVATEZZA	pag. 16
14. ALLEGATO:Diagramma di flusso percorso	pag.



Come fare cambiamenti organizzativi e innovazione strategica nelle Aziende ?



Allegato B)

GRUPPO DI LAVORO PRIORITÀ D'ACCESSO CHIRURGIA VASCOLARE

PREMESSA:

- Visita specialistica – di base associata a richiesta per relativo ecocolor Doppler (accompagnato da motivazione); nel caso il paziente abbia eseguito un esame ECD molto recentemente può essere richiesta singolarmente.
- Doppler arterioso e venoso – può essere richiesto a giudizio del medico singolarmente sia l'arterioso che il venoso.
- A fine gennaio 2015 sarà effettuato il bilancio del funzionamento dell'attività.

CRITERI PRESCRITTIVI E CLASSI PRIORITÀ' VALIDI ESCLUSIVAMENTE PER LE PRIME VISITE

Prima Visita Chirurgica Vascolare	
PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none">• Dolore addominale, dorso lombare con diagnosi accertata di aneurisma dell'aorta addominale e/o iliaco• Dolore toracico da dissecazione aortica o rottura;• Sospetta ischemia acuta arto superiore od inferiore; • Sospetta ischemia cerebrale transitoria e/o ictus• Sospetta trombosi venosa profonda acuta.
U - URGENTE entro 72 ore	<ul style="list-style-type: none">• Aneurisma aorta toracica asintomatico* $\geq 70\text{mm}$• Aneurisma aorta addominale asintomatico* $\geq 70\text{mm}$• Aneurisma iliaco asintomatico* $\geq 50\text{mm}$• Aneurisma femorale e popliteo asintomatico* $\geq 40\text{mm}$• Aneurisma viscerale asintomatico* $\geq 40\text{mm}$• Aneurisma arteria succlavia, ascellare, omerale $\geq 40\text{mm}$• Endoleak in endoprotesi toracica ed addominale Tipo I – Tipo III (con accrescimento sacca)*• Stenosi carotidee asintomatica $> 90\%$• Stenosi carotidee sintomatica $\geq 70\%$ (sintomo insorto entro 6 mesi)• Aneurisma carotideo $> 30\text{ mm}$ o sintomatico• Sindrome da furto vertebrale della succlavia con insufficienza vertebrobasilare sintomatica• Arteriopatia obliterante cronica arti inferiori stadio IV



AREA VASTA NORD OVEST GRUPPO DI LAVORO PRIORITÀ D'ACCESSO PNEUMOLOGIA

Prima Visita Pneumologica (Aggiungere spirometria tranne nei casi in cui il prescrittore non la reputi necessaria)	
PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none">• Dolore toracico in atto o nelle ultime 48 ore• Dispnea acuta• -Emottisi massiva• Insufficienza respiratoria acuta• Sospetto di TEP• Qualunque condizione in cui sia necessario supporto vitale e/o diagnosi differenziale rapida
U - URGENTE entro 72 ore	<ul style="list-style-type: none">• Emottie recenti oppure anche soltanto anamnesticamente recenti• Dispnea ingravescente (senza necessità immediata di supporti vitali)• Asma bronchiale non controllata sufficientemente dalla terapia• Sospetta TBC polmonare
B - BREVE entro 10 giorni	<ul style="list-style-type: none">• BPCO riacutizzata senza compromissione emogasanalitica• Dispnea di nnd (non cardiogena) in presenza di Rx torace• Asma bronchiale riacutizzata• Rx torace o TAC torace con alterazioni intra-toraciche e/o noduli, anche se non evidentemente neoplastica, ma con necessità di valutazione
D - DIFFERITA entro 30 giorni	<ul style="list-style-type: none">• Tosse insorta da più di 3 settimane con Rx torace negativo• Rivalutazione di Insufficienza Respiratoria Cronica già accertata e documentata• Valutazione di patologia intra-toracica polmonare o pleurica Rxpercepibile• Controlli a breve termine di patologie su cui valutare effetto terapia (Asma, BPCO, Insufficienza Respiratoria)• Rivalutazione di patologia toracica bronco-polmonitica o pleurica• Altro, a giudizio del prescrittore, con motivazione
P PROGRAMMATA	Tutte le condizioni non riconducibili alle classi precedenti

Nota:

1. nel caso il MMG abbia effettuato recente spirometria è inutile la richiesta di nuovo esame si concorda con il Direttore dell'U.O. Pneumologia che, ove sia l'indicazione all'Ossigenoterapia sopra le 18 h/die, nel caso il paziente sia intrasportabile, è sufficiente fornire anche telefonicamente il valore di 3 saturazioni ossiemoglobiniche, che deve essere inferiore al 90%. Si ribadisce comunque l'opportunità di limitare tale percorso a casi eccezionali, per il rischio di carbonaricosi
- 2.

Come fare cambiamenti organizzativi e innovazione strategica nelle Aziende ?



REGIONE TOSCANA

GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 28-12-2012 (punto N 53)

Delibera

N 1235

del 28-12-2012

Proponente

LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Publicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile ANDREA LETO

Estensore ELISA SCOPETANI

Oggetto

DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale".

Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo

Obiettivo 2	Sub-obiettivo 2.1	Azioni	Strumenti	Indicatori	Supporti necessari
Razionalizzazione rete ospedaliera	Recupero efficienza dei posti letto con tasso di occupazione <85%	Riduzione del parametro dei PL per 1000 ab. da 3,7 attuale a 3,15 (inclusa riabilitazione e lungodegenza) tenendo conto della diversità di contesti organizzativi aziendali e dei fabbisogni dei relativi bacini territoriali di riferimento	Ridefinizione delle dotazioni di PL in base ad un tasso di occupazione effettivo non inferiore all'85%	Tasso di occupazione < 85% tendenziale	Atto di indirizzo alle aziende
	Incremento appropriatezza	Riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato allineandolo all'obiettivo di 120 ricoveri per 1000 abitanti	Gestione centralizzata (presidio) della risorsa PL per assicurare la massima efficienza d'uso	Standard: 3,15 PL/1000 abitanti	Accordo di Area vasta recepito a livello aziendale con l'individuazione delle nuove dotazioni di PL
	Ottimizzazione processi	Perseguimento dei livelli ottimali di appropriatezza specifica riducendo la variabilità tra le strutture regionali dei tassi di ospedalizzazione standardizzati per specifiche procedure elettive, tenendo a riferimento i modelli già sperimentati e attuati in alcune aziende sanitarie	Organizzazione per letti funzionali (sulla base di logiche dipartimentali o di area funzionale, di percorso clinico o per intensità di cura)	TO standardizzato tendenziale: 120 per 1000 abitanti	Adeguamento delle dotazioni di PL
		Riduzione giornate degenza	Sviluppo ulteriore e potenziamento dei setting alternativi all'ospedalizzazione e (trasferimento da ricovero ordinario e DH medico a day service e da day surgery a chirurgia ambulatoriale)	TO specifico per 100.000 abitanti	
			Revisione dei processi assistenziali "door to door" attraverso tecniche e strumenti di ottimizzazione del flusso del paziente in modo da aumentare la qualità riducendo gli sprechi legati alla carenza di pianificazione integrata e di sincronizzazione tra	% di riduzione delle giornate di degenza prodotte	
				Variazione della degenza media per DRG medici e chirurgici	

Le logiche del SSN / SSR

CLINICAL GOVERNANCE & INTEGRATION

“THE RIGHT CARE, IN THE RIGHT SETTING, AT THE RIGHT TIME”

Esattamente quello che serve a **questo paziente**,
niente di più e niente di meno.



A ppropriatezza, **S** ostenibilità, **S** istema, **I** nnovazione

SSN / SSR e Aziende → PNRR e D.M. 77/2022

FIGURA 1.1. Rappresentazione schematica del “mosaico” formato da tutti i servizi e strutture previste dal DM 77 che meritano di essere posti sotto la regia complessiva del Distretto.

Qualcuno sta «governando» le regole di questa nuova rete ?



World Health Organisation, 1998

Health Promotion Glossary Geneva

WHO/HPR/HEP/98.1



...una **rete** è un raggruppamento di individui, organizzazioni o agenzie organizzate su base non-gerarchica intorno a problemi o obiettivi comuni, «alimentate» in modo proattivo e fondate su **impegno** (*commitment*) e **fiducia** (*trust*).

7.2

Le reti cliniche

Le reti cliniche sono definibili e classificabili in diversi modi³. In questo lavoro si

Gruppi di professionisti collegati provenienti da cure primarie, secondarie e terziarie che lavorano in modo coordinato, non vincolati dai confini professionali e/o organizzativi esistenti, per garantire la fornitura equa di servizi efficaci di alta qualità.
(NHS, 2000)

nato, superando i confini posti dalle attuali configurazioni istituzionali ed organizzative delle aziende cui appartengono.

Le reti cliniche sono la risposta sistemica per realizzare la **Clinical Governance** grazie alla quale le questioni della continuità delle cure e della presa in carico completa di «*quello specifico paziente*» per determinate aree di bisogno/domanda sono condivise tra il livello politico-istituzionale, quello aziendale e quello professionale.

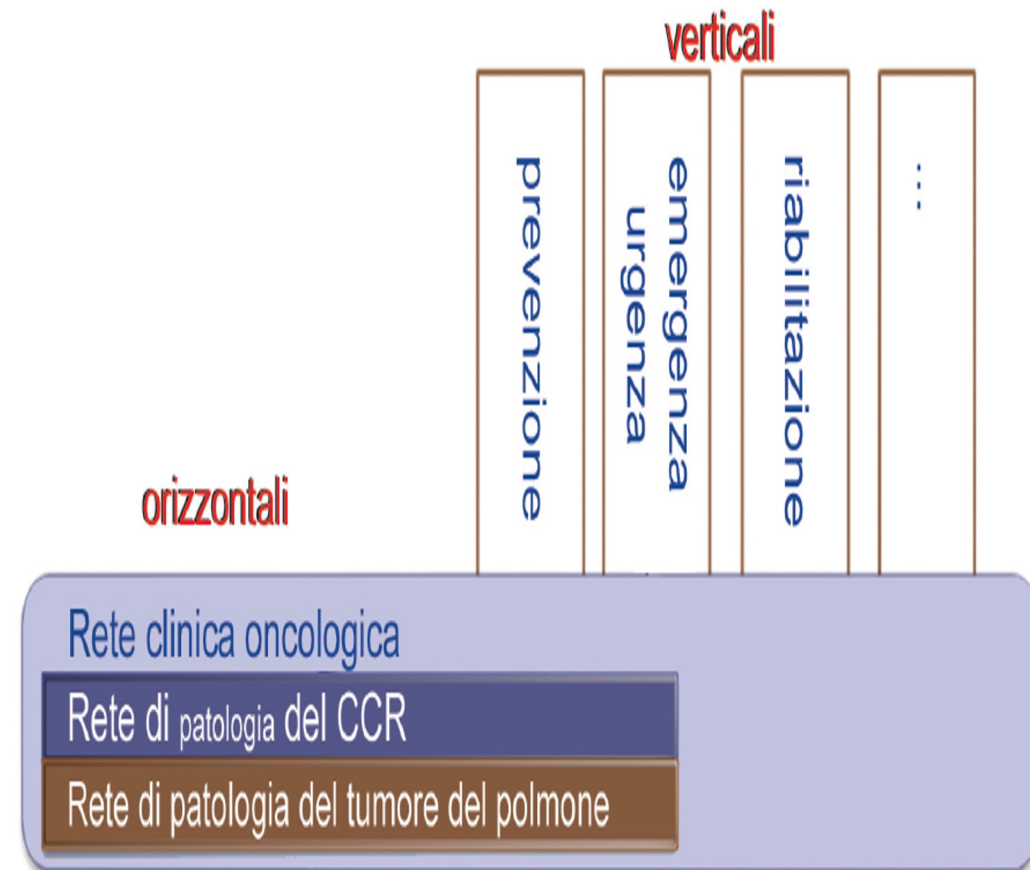
Le reti cliniche possono essere di tipo :

orizzontale : nel caso si strutturino attorno ad uno specifico PDTA, o patologia o area disciplinare, **es.** rete del tumore x..., dell'IMA, rete cardiologica, ...

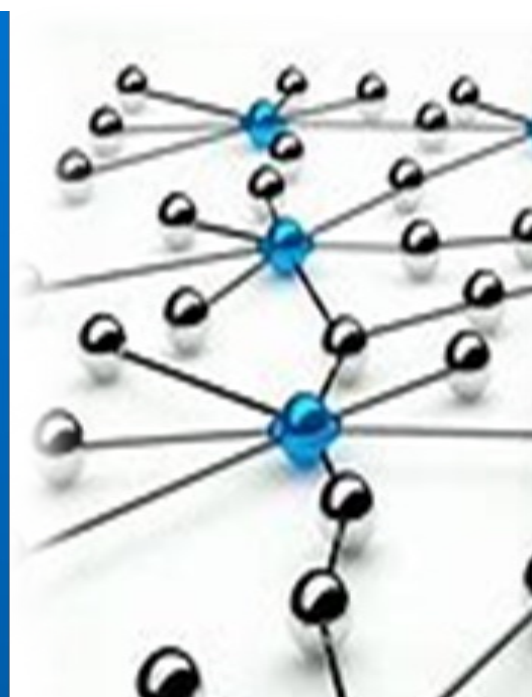
verticale : se sono strutturate in maniera trasversale rispetto ai PDTA, patologie, discipline, come le reti collegate a specifici stati di bisogno, **es.** rete emergenze/urgenza, riabilitativa, ...

dei servizi : **es.** rete dei centri trasfusionali, dei laboratori, dei trapianti, ...

Una rappresentazione di reti verticali e orizzontali



Il modello di **Rete Clinico-Assistenziale**, previsto nel **DM n. 70/2015**, ha l'**obiettivo** di assicurare che la presa in carico «globale» del paziente avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia/efficienza, Qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture, tecnologie e i servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari diversi per sede, tipologia e setting assistenziali ma sempre sviluppati e coordinati secondo protocolli di cura concordati, condivisi e correttamente applicati.



es. **Tempo-dipendenti**

- R.C-A. Politrauma
- R.C-A. Ictus
- R.C-A. Cardiologica per l'Emergenza
- R.C-A. Clinico-assistenziale Neonatale

In sintesi, le reti cliniche sono un importante strumento per migliorare :

- ☐ la **qualità** dell'assistenza socio-sanitaria,
- ☐ la **collaborazione** fra tutti i professionisti,
- ☐ la **presa in carico** completa dei pazienti,
- ☐ la **risposta** più appropriata nei confronti dei loro bisogni.

Reti Cliniche Ospedaliere

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il quadro epidemiologico dominato dalle malattie cronic-degenerative hanno richiesto la ri-organizzazione dei processi di cura, con una maggiore «**integrazione clinica**» tra gli ospedali e fra loro e la rete dei servizi territoriali, attraverso l'adozione di linee guida per la gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (**PDTA**), dei Protocolli di **Dimissione protetta** per i pazienti in fase post-acuta, ovvero dei **PAC** nella fase pre-ospedaliera o di pre-ricovero.

Sono **due** i modelli organizzativi :

«**in rete**», a valenza esclusivamente clinico-scientifica, assume significato e si può concretizzare a livello di dipartimento o di una specifica area clinica;

«**a rete**» può trovare applicazione a livello dipartimentale, distrettuale e/o di ospedale nel suo complesso (**H&S** / **Poli & Antenne**).



LOGICHE E MODELLI ORGANIZZATIVI PER LE RETI OSPEDALIERE

(F. Lega, Cergas Bocconi, 2003)

Modelli
ospedalieri a
rete

Hub & Spoke

Si fonda sulla differenziazione degli ospedali rispetto al loro case-mix :

Hub è il perno del sistema che tratta, avendo tutte le risorse necessarie, la casistica di media-alta complessità, in genere con ricovero ordinario.

Spoke, invece, sono le strutture dove si effettuano trattamenti di medio-bassa complessità, anche in setting assistenziali diversi : ambulatoriale, day hospital, day surgery, one day surgery.

Entrambi possono essere articolati per presidio ospedaliero o anche di dipartimento aziendale o interaziendale, separando l'offerta complessiva individuando le sedi specifiche in cui si possono effettuare le procedure complesse rispetto a quelle dove si erogano prestazioni più semplici o routinarie.

Si costituisce in base alla ricerca della complementarietà tra vocazioni specialistiche dove i :

Modelli
ospedalieri a
rete

Poli & Antenne

Poli sono i centri ospedalieri che si specializzano in determinate discipline (*ortopedia, cardiologia, riabilitazione, oncologia, ...*) e sono il perno del sistema per quella specifica specialità, mentre le

Antenne svolgono la funzione di primo accesso, diagnosi e trattamento di bassa complessità per le discipline trattate dai poli. Ogni ospedale può essere polo per una determinata disciplina e antenna per le altre.

Si possono articolare per presidio ospedaliero (*area metropolitana, area provinciale o area vasta*), o per dipartimento aziendale in cui una U.O. funge da polo di riferimento della rete per quella specifica specializzazione, mentre le altre UU.OO svolgono la funzione di antenna nei suoi confronti.

LOGICHE E PROSPETTIVE PER LA VALUTAZIONE DELLE RETI CLINICHE

Outcome per il paziente

Osservatorio FIASO

Il ruolo delle
Aziende Sanitarie
nelle reti cliniche in Italia

A cura di
Valerio Fabio Alberti, Valeria D. Tozzi,
Nicola Pinelli, Marco Saritranà



SDA Bocconi

Outcome di processo

Si può valutare l'efficacia della rete in termini di **outcome per l'utente finale** e per la comunità di riferimento.

Si tratta di valutare dimensioni quali il miglioramento della «**patient experience**» e l'incremento della qualità delle cure erogate, ma anche la percentuale di utenti che ha trovato risposta ai propri bisogni attraverso servizi erogati dalla rete o la maggiore equità, geografica o sociale, di accesso ai servizi intendendo quindi l'efficacia della rete anche in termini sociali e ri-distributivi.

Si può valutare l'**outcome di processo**, ovvero il livello di sviluppo e l'efficacia dei meccanismi di funzionamento delle reti, *ad es.*

- la presenza di strutture di governance chiare che rappresentino tutti i vari stakeholder,
- l'effettivo coinvolgimento di tutte le organizzazioni nella rete,
- la presenza di una pianificazione strategica di rete e della programmazione operativa aziendale,
- l'intensità degli scambi tra i diversi nodi della rete,
- la messa in atto di meccanismi di collaborazione e coordinamento efficace tra tutti i nodi della rete.

SISTEMA DI VALUTAZIONE PER I PRINCIPALI STAKEHOLDER DELLE RETI CLINICHE

Pazienti / Utenti

- **Standard di percorso**: rispetto degli standard previsti come azioni, tempi, priorità, ...
- **Equità in accesso**: uguale offerta senza distinzioni geografiche, sociali, culturali, ...
- **Continuità di cura e presa in carico effettiva**: unico interlocutore come referente dell'intero ciclo di trattamento, ...
- **Informazione e comunicazione**: conoscenza e coinvolgimento attivo nelle varie fasi o luoghi di cura,
- **Attenzione al paziente**: coinvolgimento e sua partecipazione attiva alle scelte terapeutiche, ...
- **Riduzione costi sociali per la famiglia**: minori costi diretti ed indiretti sopportati, ...

Istituzioni

- **Qualità ed appropriatezza dei servizi**: supporto EBM scelte terapeutiche, volumi minimi per garantire casistica adeguata, percentuale di pazienti trattati all'interno dei vari PDTA, ...
- **Recupero di efficienza**: offerta adeguata alla domanda, ottimizzazione dell'uso di tutte le risorse, riduzione costi generali, ...
- **Attività delle strutture**: potere di attrazione attiva e riduzione di quella passiva, ...
- **Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio**: integrazione dei diversi livelli di cura, previsione sedi di erogazione, scambio di conoscenze fra i professionisti coinvolti, ...
- **Integrazione assistenziale sanitaria e socio-sanitaria**: coinvolgimento e verifica della effettiva operatività di figure professionali diverse, in sede diverse di istituzioni diverse, ...
- **Appropriatezza uso risorse**: verifica su dati aggregati di spesa divisi per paziente, percorso, struttura, unità organizzativa,...
- **Rapporto con gli utenti**: coinvolgimento loro rappresentanti nelle sedi di governance della rete, ...

Osservatorio FIASO

Il ruolo delle
Aziende Sanitarie
nelle reti cliniche in Italia

A cura di
Valerio Fabio Alberti, Valeria D. Tozzi,
Nicola Pinelli, Marco Saritana



SDA Bocconi

Professionisti

- **Sviluppo delle conoscenze**: preparazioni nuove linee guida, protocolli di cura, ...
- **Trasferimento delle conoscenze e formazione**: nuove competenze, ruoli, funzioni, diversi sistemi di sviluppo formativo, ...
- **Incremento attività di didattica e ricerca**: nuove conoscenze, nuovi sistemi di valutazione della rete stessa, nuove evidenze,...
- **Accesso a innovazioni tecnologiche**: nuovi modelli di cura e rapporti multidisciplinari e multiprofessionali, ...
- **Integrazioni professionali**: sviluppo team clinici, uso di second opinion, ...
- **Sviluppo comunità professionali**: possibilità di partecipare a tavoli di programmazione, aziendali, interaziendali, regionali, nazionali e in generale riconoscimento nelle diverse comunità professionali che compongono la rete, ...



DIECI PUNTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE

- 1 Coinvolgere** la **componente professionale** nella progettazione e definire chiaramente il suo esatto posizionamento nell'intero sistema
→ revisione dell'esistente e ideazione condivisa dei nuovi PDTA.
- 2 Valorizzare** la rete come opportunità di confronto e di **crescita professionale** per tutte le figure sanitarie coinvolte
→ progetti, formazione, audit clinici, benchmark e adozione di PDTA comuni.
- 3 Definire** chiaramente il **sistema di governance della rete**: autonomia e responsabilità
→ definire "chi fa cosa" dove, come e quando, ruoli, funzioni e responsabilità dei singoli nodi della rete.
- 4 Allineare** in fase di definizione gli **obiettivi** della rete con quelli aziendali e/o sovrazionali
→ allineare le azioni cliniche e assistenziali agli obiettivi preventivamente concordati.
- 5 Definire** con chiarezza il sistema di **finanziamento della rete**, prevedendo anche le modalità di intervento per le necessità emergenti nel corso del funzionamento
→ definire chiaramente le risorse (umane, materiali, tecnologiche e finanziarie) che dovranno integrare e garantire al meglio l'azione di una offerta già qualitativamente strutturata e valida.

Il ruolo delle Aziende Sanitarie nelle reti cliniche in Italia

A cura di
Valerio Fabio Alberti, Valeria D. Tozzi,
Nicola Pinelli, Marco Sartirana



SDA Bocconi

2012

DIECI PUNTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE

- 6** **Sostenere** il modello da parte della **Direzione aziendale** prevedendo per il proprio nodo : budget, sistema di verifica, sistema premiante, formazione in coerenza con il progetto della rete
→ rendere evidente e forte il commitment delle Direzioni strategiche regionali e delle Aziende sanitarie e ospedaliere coinvolte.
- 7** **Considerare** la **relazione tra** il nuovo sistema a rete e gli assetti organizzativi «storici» costituendo questi un possibile quanto prevedibile ostacolo
- 8** **Impostare** fin dalla fase di progettazione un sistema «esplicito e condiviso» di **valutazione dei risultati ottenuti**, chiarendo bene e prima quali sono quelli attesi.
→ definire gli indicatori di processo e di esito che devono essere «sfidanti» ma realizzabili rispetto a quelli aziendali.
- 9** **Definire** gli **strumenti informatici di connessione** e l'onerosità sui diversi nodi della rete
→ Prima decidere il nuovo modello organizzativo e poi adottare le tecnologie necessarie
- 10** **Adottare** da subito tutti i precedenti punti pena la non realizzazione dell'intero **«progetto»** che andrà gestito e realizzato con logiche di **project management**

2021

GLI IMPATTI ECONOMICI E SOCIALI E I BENEFICI DEI SISTEMI SANITARI

I principali risultati del rapporto mostrano che il settore sanitario:

- **è essenziale nel determinare la performance economica e la stabilità di un Paese;**
- **ha un impatto positivo sul risultato economico di altri settori** dell'economia nazionale, attraverso i posti di lavoro generati e gli acquisti di beni e servizi;
- **ha un ruolo importante da svolgere nella riduzione dell'esclusione sociale a livello locale**, a causa del suo impatto sull'occupazione, le condizioni di lavoro e il reddito delle famiglie;
- **può aumentare il suo status di settore chiave per portare avanti l'attuazione degli obiettivi locali e nazionali per uno sviluppo sostenibile**, migliorando le sue funzioni inerenti l'occupazione, la formazione e gli acquisti, sia a livello locale che nazionale.

Tab. 12.1 Efficacia delle Clinical Pathways (CPW) rispetto alle cure abituali (UC)

Risultato	Numero di studi (pazienti) inclusi	Tasso di eventi %		OPPURE (IC 95%)
		CPW	UC	
Complicanze ospedaliere	5 (664)	9.3%	15%	0,58 (da 0,36 a 0,94)
Mortalità intraospedaliera a 26 settimane	3 (1187)	22%	25%	0,84 (da 0,64 a 1,11) *
Riammissione ospedaliera	6 (672)	5.5%	8.5%	0,6 (da 0,32 a 1,13) *
Documentazione professionale	2 (240)	84%	52%	11,95 (da 4,72 a 30,3)

Fonte: Rotter et al., 2012

Note: *NS = non significativo; NNT = numero necessario da trattare; NNT e CI calcolati dai dati di revisione; UC = Cura abituale; OR = Rapporto di probabilità; CI = Intervallo di confidenza

Da: [12. I percorsi clinici come strategia di qualità](#)



Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in Europa: caratteristiche, efficacia e attuazione delle diverse strategie [Internet].

Serie di politica sanitaria, n. 53.

Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editori.

Copenaghen (Danimarca): [Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie](#); 2019.

© Organizzazione mondiale della sanità (in qualità di organizzazione ospitante e segretariato dell'Osservatorio europeo dei sistemi e delle politiche sanitarie) e OCSE (2019)

Scaffale NCBI. Un servizio della National Library of Medicine, National Institutes of Health.

An economic evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for older patients with complex health problems

Irma H. J. Everink^{1*}, Jolanda C. M. van Haastregt¹, Silvia M. A. A. Evers^{1,2}, Gertrudis I. J. M. Kempen¹, Jos M. G. A. Schols^{1,3}

¹ Department of Health Services Research and Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands, ² Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Centre for Economic Evaluations, Utrecht, the Netherlands, ³ Department of Family Medicine and Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

... il PDTA è un intervento conveniente rispetto alla cura erogata in precedenza.

- ❑ Il PDTA ha generato meno dipendenza nelle attività di vita quotidiana e meno costi.
- ❑ Non sono stati trovati effetti «diretti» sui QALY ...tuttavia, quando si utilizza una soglia di € 50.000 per QALY, c'è una probabilità del 98% che il PDTA sia un intervento più conveniente rispetto alla cura precedente.
- ❑ Sulla base di questi risultati, la diffusione del PDTA su una scala più ampia potrebbe essere considerata. Ciò offrirebbe l'opportunità di confermare i risultati dello studio per le valutazioni economiche esi potrebbero verificare meglio gli effetti sui QALY che la terapia nella riabilitazione geriatrica potrebbe originare su aspetti collegati al miglioramento della qualità della vita quali l'umore e la partecipazione sociale.

Table 4. Differences in costs and effects between the two cohorts and corresponding ICERS.

Analysis	Effect measure	Total costs in €		Δ Costs	Total effects*			ICER
		CUC (n = 43)	CPC (n = 106)		CUC (n = 43)	CPC (n = 106)	Δ Effects	
Cost-effectiveness	KATZ-15	62,326	50,720	-11,605	8.52	9.56	1.04	-11,186
Cost-utility	QALY	62,326	50,720	-11,605	0.37	0.377	0.01	-2,304,876

CUC = Care as Usual Cohort; CPC = Care Pathway Cohort; ICER = Incremental Cost-Effectiveness Ratio.

* For bootstrapping purposes, the KATZ-15 scores have been reversed; therefore a higher score represents less dependence in activities of daily living.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191851.t004>

Table 3. Healthcare use/costs, patient and family costs during the nine month follow-up period.

	Care as usual cohort (n = 43)		Care pathway cohort (n = 106)		Bootstrapping
Healthcare costs	Mean use (SD)	Total costs (€)	Mean use (SD)	Total costs (€)	95% CI
Intervention costs		0		77.6	
Days in hospital	39.2 (21.4)	20,861.5 (1808.1)	27.0 (26.3)	13,555.7 (1124.0)	(-11,358, -3,310)*
Days in nursing home	79.1 (75.8)	24,902.4 (3651.4)	55.4 (38.5)	17,229.0 (1211)	(-15,613, -252)*
Days in care home	13.0 (58.1)	1,205.6 (841.3)	13.6 (55.4)	1,355.3 (548.1)	(-1,804, 2,012)
Regular contact with GP	3.3 (3.1)	109.1 (14.8)	4.9 (5.0)	162.0 (16.2)	(11, 98)*
Contact with GP during out-of-office hours	0.3 (0.5)	32.6 (54.9)	0.5 (1.4)	8.4 (15.2)	(-9, 58)
Professional homecare (hours/week)					
• Nursing care	0.5 (1.8)	617.5 (664.1)	0.4 (1.3)	368.2 (206.2)	(-888, 761)
• Personal care	2.7 (3.5)	2,721.2 (534.4)	3.4 (4.2)	3,404.5 (406.5)	(-659, 2029)
• Domestic care	3.0 (4.0)	1,227.4 (236.1)	3.0 (3.2)	1,193.1 (124.9)	(-593, 443)
Number of half days per week in day care	0.5 (1.5)	815.7 (410.8)	0.1 (0.5)	137.5 (76.6)	(1,576, 40)*
Contact with medical specialist	3.2 (3.6)	167.6 (27.7)	4.5 (4.5)	236.4 (21.8)	(-3, 132)
Contact with allied professional	16.7 (29.2)	542.1 (139.7)	27.4 (29.7)	897.9 (94.2)	(-7, 676)
Total healthcare costs		57,350.1		42,516.4	(-24,900, -4,525)*
Patient and family costs					
Costs assistive devices/environmental adaptations		647 (181.5)		588.7 (101.7)	(-489, 312)
Total travel costs		400.2 (2.7)		406.8 (2.3)	(-1, 13)
Informal care (hours per week)	27.0 (36.5)	7,701.2 (1730.4)	20.3 (23.0)	5,762.6 (657.7)	(-5,900, 1,302)
Total costs unadjusted		65,993.19 (4732.0)		49,232.4 (2467.6)	(-27,248, -6,721)*
Total costs[∞]		62,169.59 (4807.91)		50,791.38 (2473.7)	(-22,090, -988)*

*Statistically significant difference

[∞] Adjusted for baseline differences.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191851.t003>

Quali Reti nel SSN / SSR ?

- ☐ Tra reparti o aree, all'interno dell'ospedale (*intensità di cura*)
- ☐ Tra ospedali della Aziende e delle Aziende (*reti 'funzionali', modello hub & spoke*)
- ☐ Tra territorio – ospedale - territorio (*reti cliniche assistenziali integrate*)
- ☐ Tra Aziende sanitarie (*reti specialistiche, reti funzionali*)
- ☐ Tra Azienda sanitaria e altre oo. pubbliche (*partnership*)
- ☐ Tra ospedale/Azienda sanitaria/Ospedaliera e Università (*reti funzionali assistenza, didattica e ricerca*)
- ☐ Tra Azienda sanitaria/ospedale e soggetti privati (*partnership, sperimentazioni gestionali*)
- ☐ Tra reti diverse su percorsi clinici *ad hoc*.....

1

La Rete come risposta alla richiesta di integrazione in sanità

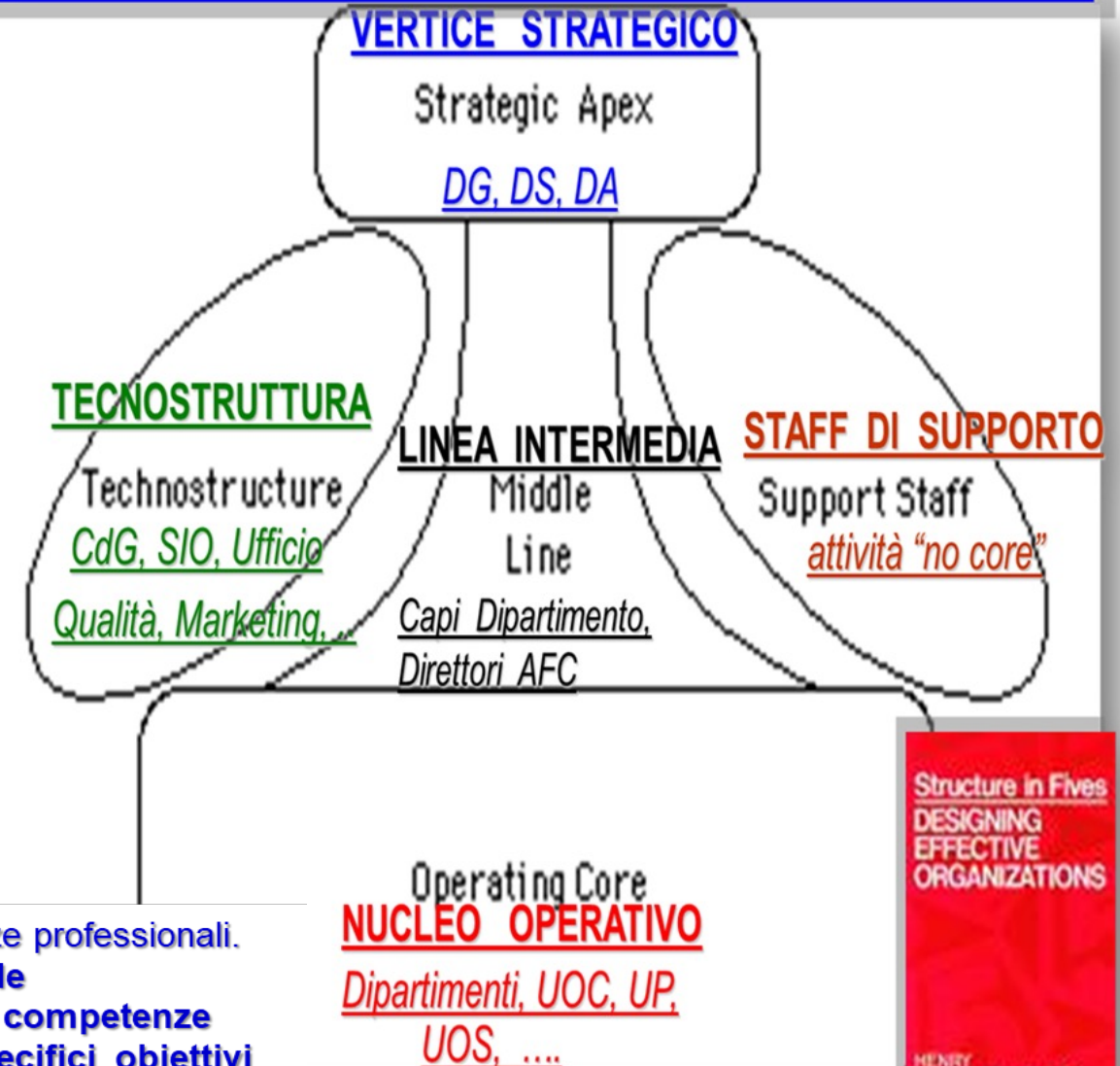
Passaggio da forme totalmente verticalizzate, accentrate funzionalmente e gerarchicamente formalizzate con processi decisionali di tipo top-down ... a strutture di tipo **adhocratico** (H. Mintzberg, 1987)

Reti

- ☐ altamente flessibili, decentrate e deverticalizzate (*no silos*)
- ☐ fondate su **interdipendenze** tra unità organizzative, su continui scambi di **informazioni** e su **sistemi decisionali** decentrati, condivisi e coordinati.

Le 5 configurazioni fondamentali

STRUTTURA SEMPLICE	Formata da vertice strategico e nucleo operativo ; caratterizzata da accentramento, supervisione diretta; quasi assenti tecnostuttura , linea intermedia e staff di supporto , scarsa standardizzazione e formalizzazione; adatta ad un ambiente semplice e dinamico. <i>(es. piccola impresa di carattere imprenditoriale).</i>
BUROCRAZIA MECCANICA	Grandi volumi di attività con sistemi produttivi di massa; coordinamento mediante gerarchia e standardizzazione (tecnostuttura e linea intermedia molto sviluppate). E' adatta ad un ambiente semplice e stabile, sempre meno frequente <i>(es. produzione di autoveicoli, società di assicurazione, servizi telefonici).</i>
STRUTTURA DIVISIONALE	deriva da una burocrazia meccanica che diversifica i suoi prodotti o servizi; le divisioni sono raggruppate in base al prodotto/mercato al quale si riferiscono; grande sviluppo della linea intermedia (responsabili di divisione), coordinamento mediante standardizzazione dei risultati attraverso sistemi di programmazione e controllo; grande sviluppo della tecnostuttura e dello staff di supporto . Le singole divisioni assumono la configurazione di burocrazie meccaniche. E' adatta ad ambienti non troppo complessi e stabili.
BUROCRAZIA PROFESSIONALE	In questo tipo di configurazione è difficile il monitoraggio : <ul style="list-style-type: none"> - difficile il controllo diretto da parte del vertice, - assenza o carenza di precisi ed univoci parametri di valutazione. La burocrazia professionale non consente di essere rapidamente reattivi nei confronti dell'innovazione.
 ADHOCRAZIA	Elevata integrazione delle mansioni e delle diverse competenze professionali. Configurazione organizzativa adatta per le innovazioni delle «organizzazioni complesse» perché in grado di diffondere competenze diverse in gruppi di lavoro integrati e coordinati verso specifici obiettivi che possono cambiare anche rapidamente nel tempo.



Structure in Fives
DESIGNING
EFFECTIVE
ORGANIZATIONS

HENRY
MINTZBERG

La sfida per il SSN/SSR prossimo futuro

Organizzazioni adhoc-cratiche

- flessibili, dinamiche
- adattative, proattive
- agili e resilienti

che richiedono →

Professionalità
«**ibride**» generate
da processi
contaminati di ...

**Apprendimento
organizzativo**

Come governare
l'**incerto**,
la **complessità**,
... **l'inatteso**

VUCA
Volatility | Uncertainty | Complexity | Ambiguity

Implicazioni teorico-concettuali : Temporary organization, Hybrid professionalism, Sustainability, Organizational strategy, Cittadinanza organizzativa,

Fig.18: Struttura organizzativa aziendale secondo Henry Mintzberg

Burocrazia professionale

Adhocrasia

VERTICE STRATEGICO

Assicura che l'azienda assolva alle finalità e che risponda ai bisogni dei portatori di interesse (stakeholders). Supervisiona l'organizzazione, gestisce le relazioni con l'ambiente esterno, formula le strategie generali allineandosi con le indicazioni Regionali.

TECNOSTRUTTURA

Ha funzioni di supporto tecnico e scientifico alle decisioni. Non è direttamente coinvolta nei processi di acquisto, produzione e cessione di beni e servizi. Realizza criteri e STD per lo svolgimento delle attività delle U.O. di Line. Opera al di fuori della gerarchia. Non decide.

STAFF DI SUPPORTO

Fornisce un supporto diretto alle U.O. di Line, svolge attività specifiche di servizio. Opera al di fuori della gerarchia. Non decide.

line

staff

LINEE INTERMEDIA

Catena dei dirigenti che unisce il vertice strategico al nucleo operativo

NUCLEO OPERATIVO

Svolge le attività direttamente collegate all'ottenimento di prodotti e servizi: acquisizione e distribuzione di input, trasformazione di input in output, erogazione/cessione di output, supporto diretto alle U.Operative.

sviluppo

Adhocrasia

Vertice strategico

- Pianificazione
- Governo
- Obiettivi

Linea intermedia

Nucleo operativo

- Programmazione
- Gestione
- Attività

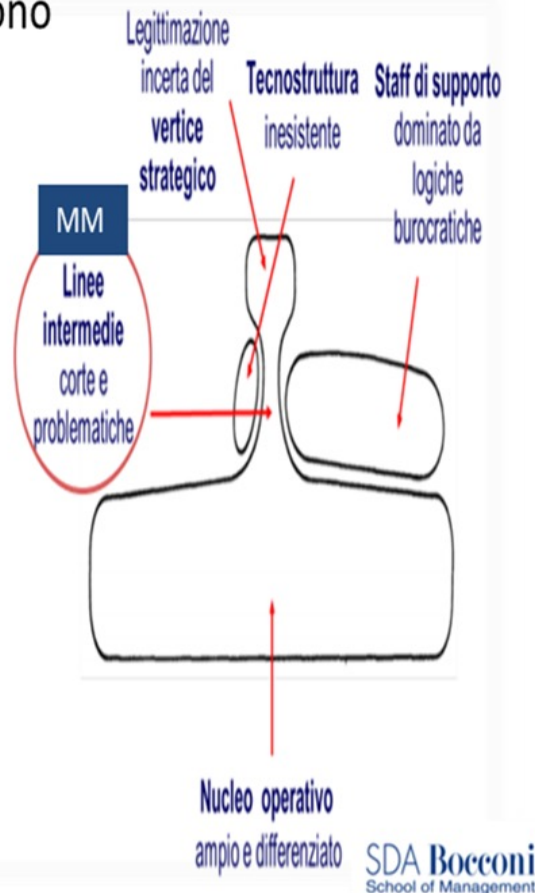
Azienda sanitaria = Organizzazione

Middle Management delle Aziende

Sono i professionisti che detengono autorità formale e competenze professionali e che collegano il vertice strategico con il nucleo operativo.

Si collocano in vecchie ma anche nuove funzioni aziendali, con responsabilità trasversali:

- processi/progetti
- integrazione
- coordinamento
- piattaforme produttive



Lo sviluppo del Middle Management nelle Aziende Sanitarie

9

Riflessioni conclusive

Come strutturare il governo del middle management?

Tradizionale

- Andare oltre le "etichette" che accomunano per valutare le specificità e i diversi fabbisogni manageriali
- Arricchire le formule normative con meccanismi operativi, contenuti e responsabilità

Nuovi ruoli trasversali

- Come strutturalizzare le responsabilità trasversali su asset, processi, percorsi, ecc.
- Come garantire la convivenza con il middle management tradizionale

Come aumentare le capacità di governo dei middle manager?

- Creando le condizioni organizzative (ruoli di supporto)
- Rafforzando la capacità delle persone di esercitare le loro responsabilità

B Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



SDA Bocconi
School of Management

Famiglia professionale	5	Profilo 12
1	Direttori di Dipartimento e Direttori delle professioni sanitarie	
2	Direttori di Presidio e Direttori di Distretto	
3	Farmacisti e Ingegneri clinici	
4	Responsabili acquisti; Responsabili uffici tecnici; Responsabili sistemi informativi; Direttori del personale	
5	Risk Manager e Responsabili prevenzione e protezione	

Nella loro versione originaria tali aggregati organizzativi erano stati istituiti per perseguire differenti finalità :

- ☐ sinergie per l'efficacia;
- ☐ garanzia dell'outcome;
- ☐ continuità delle cure;
- ☐ integrazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- ☐ orientamento al paziente;
- ☐ sicurezza e qualità delle cure;
- ☐ valorizzazione e sviluppo delle risorse umane;
- ☐ ottimizzazione nell'uso delle risorse;
- ☐ responsabilizzazione economica-finanziaria;
- ☐ organizzazione e sviluppo della ricerca.

In questo contesto il **Middle Management ha in sé un forte connotato strategico in quanto gestore di attività di programmazione e realizzatore dei progetti per fare davvero innovazione organizzativa.**

Quali Reti nel SSN / SSR ?

- ☐ Tra reparti o aree, all'interno dell'ospedale (*intensità di cura*)
- ☐ Tra ospedali della Aziende e delle Aziende (*reti 'funzionali', modello hub & spoke*)
- ☐ Tra territorio – ospedale - territorio (*reti cliniche integrate*)
- ☐ Tra Aziende sanitarie (*reti specialistiche, reti funzionali*)
- ☐ Tra Azienda sanitaria e altre oo. pubbliche (*partnership*)
- ☐ Tra ospedale/Azienda sanitaria/Ospedaliera e Università (*reti funzionali assistenza, didattica e ricerca*)
- ☐ Tra Azienda sanitaria/ospedale e soggetti privati (*partnership*)
- ☐ Tra reti diverse su percorsi ad *hoc*.....

2

La Rete come risposta alla richiesta di integrazione in sanità

Passaggio da forme totalmente verticalizzate, accentrate funzionalmente e gerarchicamente formalizzate, con processi decisionali di tipo top-down, a strutture di tipo **adhocratico** (H. Mintzberg, 1987)

Reti

- ☐ altamente flessibili, decentrate e deverticalizzate (**no silos**)
- ☐ fondate su **interdipendenze** tra unità organizzative, su continui scambi di **informazioni** e su **sistemi decisionali** decentrati, conosciuti, condivisi e coordinati.

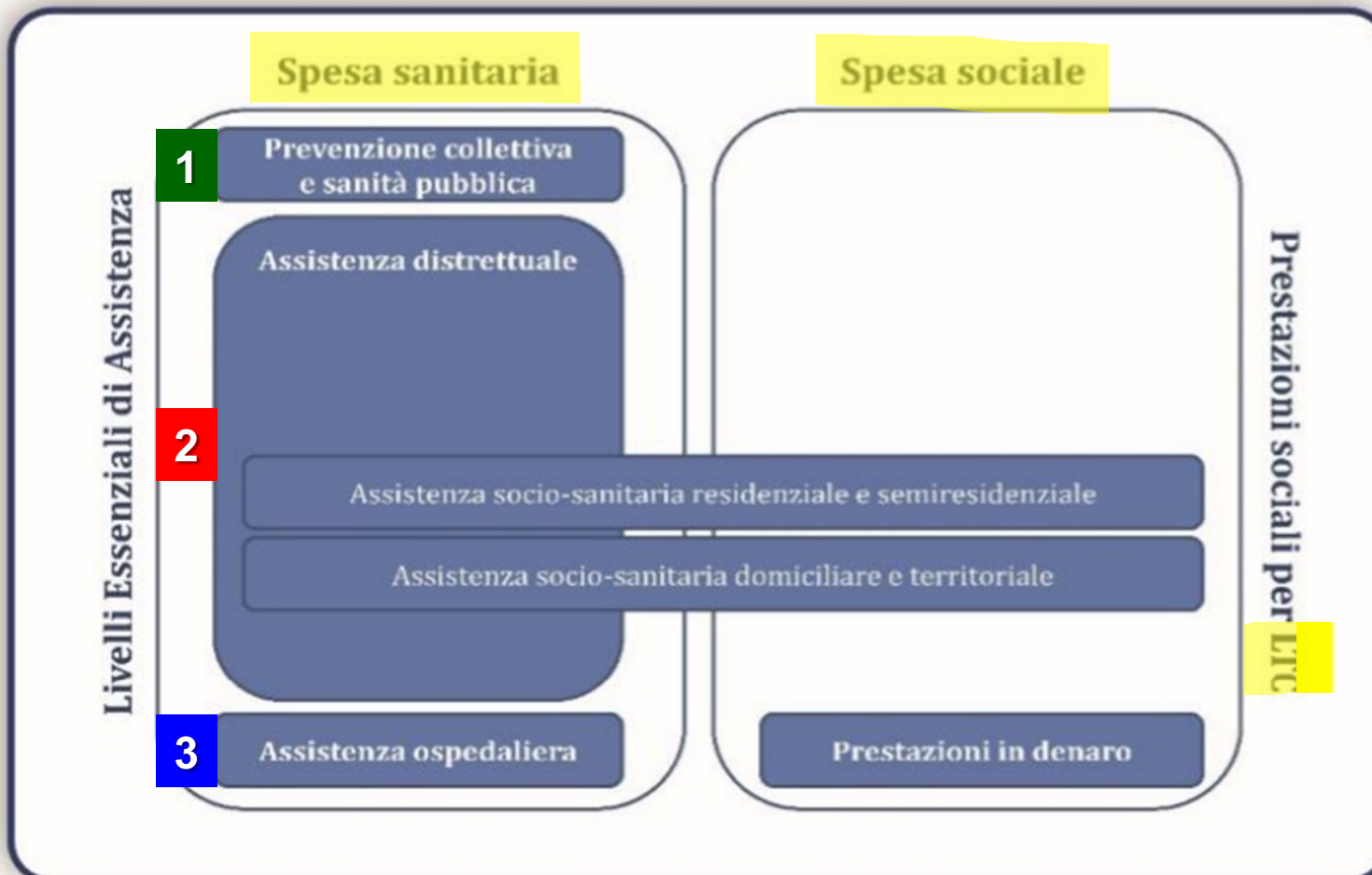
Sviluppo della rete : **no silos**

Domande

- ❑ cosa sono i **silos** ?
- ❑ perchè esistono e resistono i **silos** nel SSN/SSR ?
- ❑ come si abbattano i **silos** ?



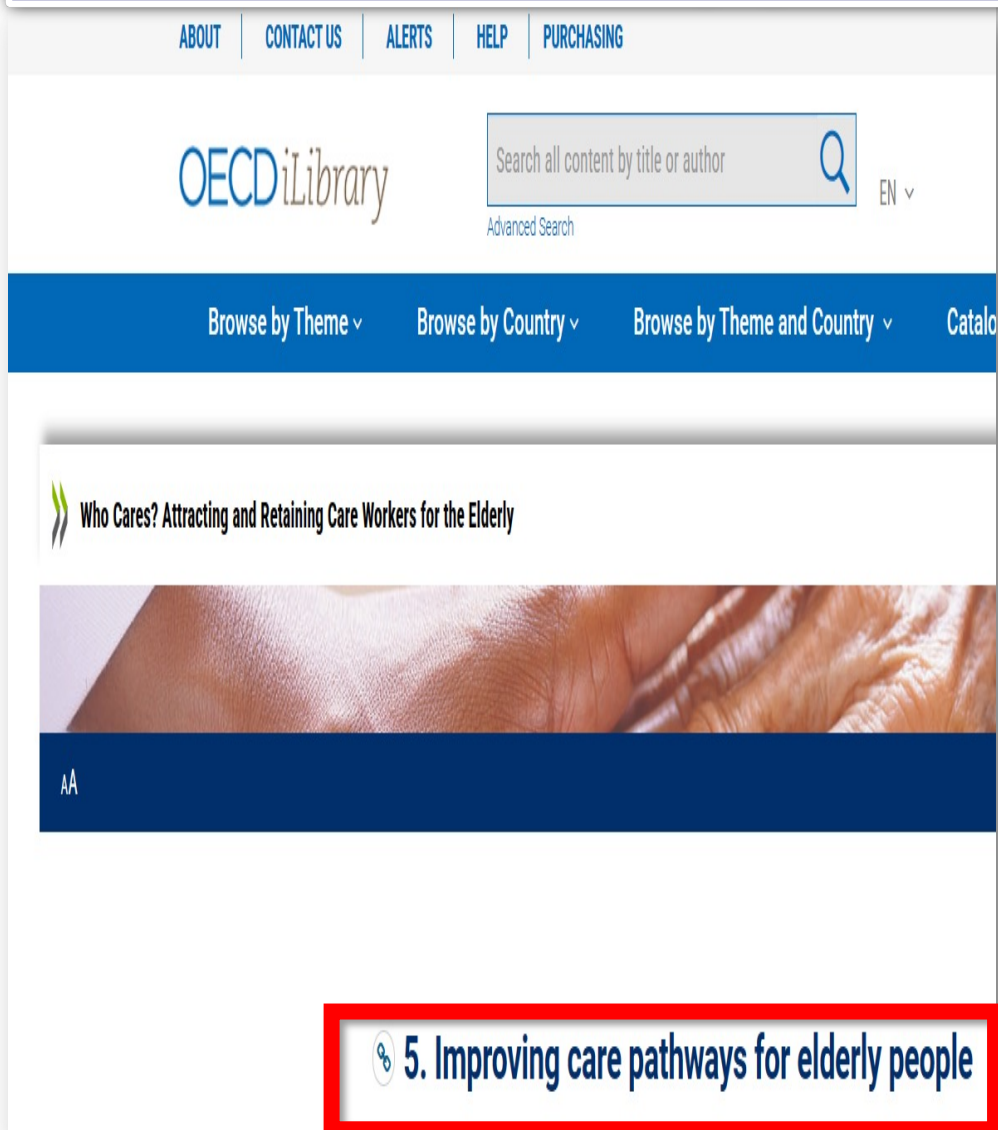
Sviluppo della rete : **no silos**



Accanto ai vari "silos" dell'assistenza sanitaria che già ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione, esiste un "silos" parallelo che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario in crescita e non monitorato

Figura 1.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da²⁷)

Sviluppo della rete : **no silos**



- ☐ I **sistemi di pagamento** per i pazienti complessi devono essere riprogettati in modo da ridurre le barriere alla collaborazione/integrazione.
 - ☐ Gli attuali meccanismi di finanziamento e gli incentivi ai pagamenti spesso aggravano i problemi della **frammentazione dell'assistenza**.
 - ☐ I **bilanci LTC-integrati** possono aiutare a superare i problemi di coordinamento se il potere decisionale sull'assegnazione dei finanziamenti è correttamente distribuito tra i diversi livelli di governo centrale e quelli istituzionali decentrati.
- In Scozia e nel Regno Unito, le autorità per l'integrazione sono responsabili della governance, della pianificazione e del reperimento delle risorse dell'assistenza sociale, dell'assistenza sanitaria di base e di comunità fino all'assistenza ospedaliera non programmata per gli adulti.
- È importante che tutti gli operatori che trattano una persona anziana con bisogni complessi siano in grado di condividere dati importanti su quel paziente in modo tempestivo. **Un'unica cartella elettronica** per tutte le cure mediche e «sociali» del paziente, faciliterà questo il processo.

Sviluppo della rete : *si flussi dei pazienti*

OLA
Organizzazione
lean
dell'assistenza

Struttura organizzativa secondo i flussi del valore

Dipartimenti

Emergenza

Chirurgico

Medico

Materno
Infantile

Terapie
Intensive

Oncologico

Diagnostica
Immagini

Laboratori

Linea della Chirurgia programmata

Linea della Chirurgia in urgenza

Linea della High Care medica

Linea Outpatients

Percorso Nascita

Linea Low Care

P
r
i
m
a

6

Manager di linea (*shusa*)

D
o
p
o

Con quali strumenti ?

FASI DELLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA AZIENDALE

1

Pianificazione :

definizione delle strategie: è la prima fase, in cui l'Azienda definisce le priorità strategiche di medio-lungo periodo;

2

Programmazione :

è l'attività che permette di passare dalla strategia alla tattica (obiettivi – attività/risultati); a differenza della pianificazione strategica, la programmazione operativa è di breve periodo (trimestre, semestre, anno).

3

Controllo :

- Budgeting: è la fase che permette di capire le risorse che l'Azienda ha a disposizione rispetto ai piani e programmi predefiniti.
- Azione e misurazione: per azione si intende la fase in cui si realizza l'attività operativa. La fase di misurazione, invece, consiste nell'acquisizione di un'informazione organizzata relativamente a determinati fenomeni ed è fondamentale per l'azienda per misurare i risultati ottenuti e capire, dunque, cosa l'Azienda fa e soprattutto in che modo.
- Reporting e Controllo di Gestione: la rendicontazione (o reporting) è la fase con cui le informazioni di performance vengono sistematizzate, rappresentate e comunicate ai vari soggetti interessati all'attività di ciascuna organizzazione. Il controllo di gestione è un sistema manageriale volto a fronteggiare i rischi e a fornire una ragionevole assicurazione che, nel perseguimento della missione di una data organizzazione, siano raggiunti gli obiettivi di efficienza, efficacia, accountability, conformità a leggi e regolamenti, salvaguardia delle risorse contro sprechi, duplicazioni, inefficienze ed abusi.

Technical skill / Hard skill

Con quali strumenti ?

Managers e «non-technical skills»

**Soft
skill**

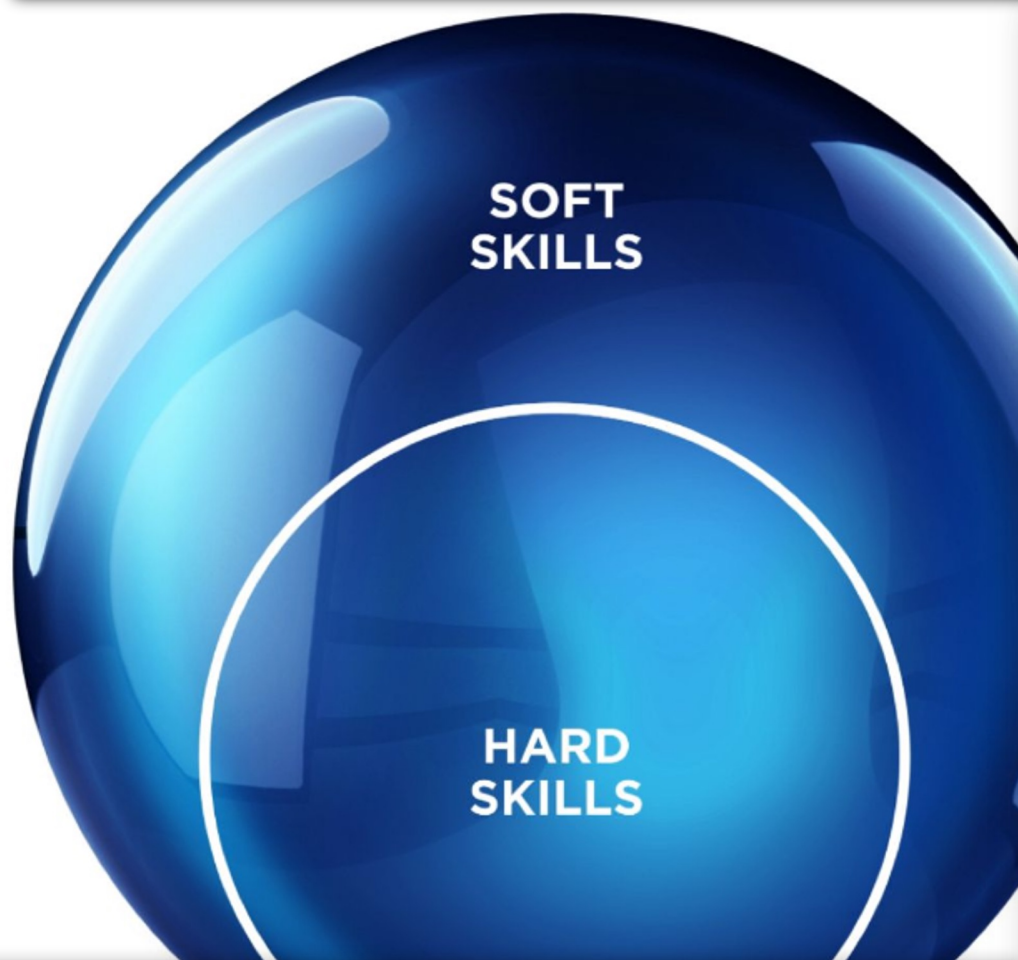
Abilità che esulano dalla competenza tecnica di una determinata professione ma che si rivelano importanti per la sicurezza e la qualità della prestazione erogata.

abilità cognitive, personali e relazionali che si integrano con le **abilità** tecniche professionali.

1. **consapevolezza situazionale** (*la capacità di prestare attenzione all'ambiente di lavoro*);
2. **decision making**;
3. **comunicazione**;
4. **team work**;
5. **leadership**;
6. **gestione dello stress**;
7. **capacità di sostenere la fatica**.

Abilità interpersonali	Abilità cognitive
Comunicazione	Coscienza della situazione
<i>Leadership</i>	Prontezza mentale
Lavoro in team	Valutazione dei rischi
Briefing / Preparazione/ Pianificazione	Anticipazione dei problemi
Gestione delle risorse	Prendere decisioni
Ricerca di consigli e di <i>feed back</i>	Strategie di adattamento/ flessibilità
Far fronte alla pressione, allo stress e alla fatica	Distribuzione del carico di lavoro

Strumenti



Secondo lo Stanford Research Institute International, il 75% del successo a lungo termine in un lavoro dipende dalle soft skills, mentre solo il 25% è attribuibile alle competenze tecniche.

Questo è particolarmente evidente nel confronto tra due operatori altamente competenti, sebbene entrambi possiedano le stesse hard skills, l'operatore che dimostra empatia e comunicazione efficace avrà un impatto più positivo sui pazienti.

Le formazioni dovrebbero tener conto di questo e praticare sempre di più un addestramento basato sulla simulazione realistica per sviluppare le soft skills, con simulatori paziente utilizzati per creare scenari realistici, permettendo ai professionisti di praticare la gestione delle situazioni critiche e migliorare la comunicazione e l'approccio.

Quindi, il lavoro di squadra, l'attitudine alla collaborazione, la guida del team e la gestione delle risorse diventano parte integrante dell'addestramento, riflettendo la natura collaborativa dell'assistenza socio sanitaria. La simulazione offre un terreno fertile per lo sviluppo delle soft skills, consentendo ai professionisti di acquisire fiducia e consapevolezza nel prendere decisioni sotto pressione.

VUCA

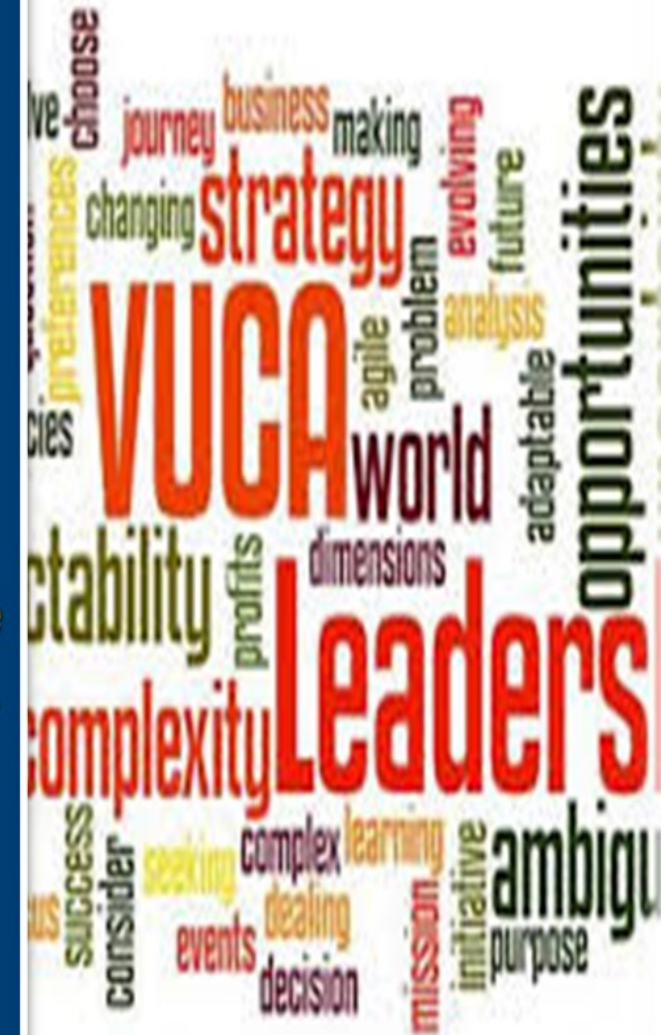
le reti cliniche sono reti di persone !

Anche nel mondo sanitario il contesto operativo è diventato sempre più **Vuca**, vale a dire :

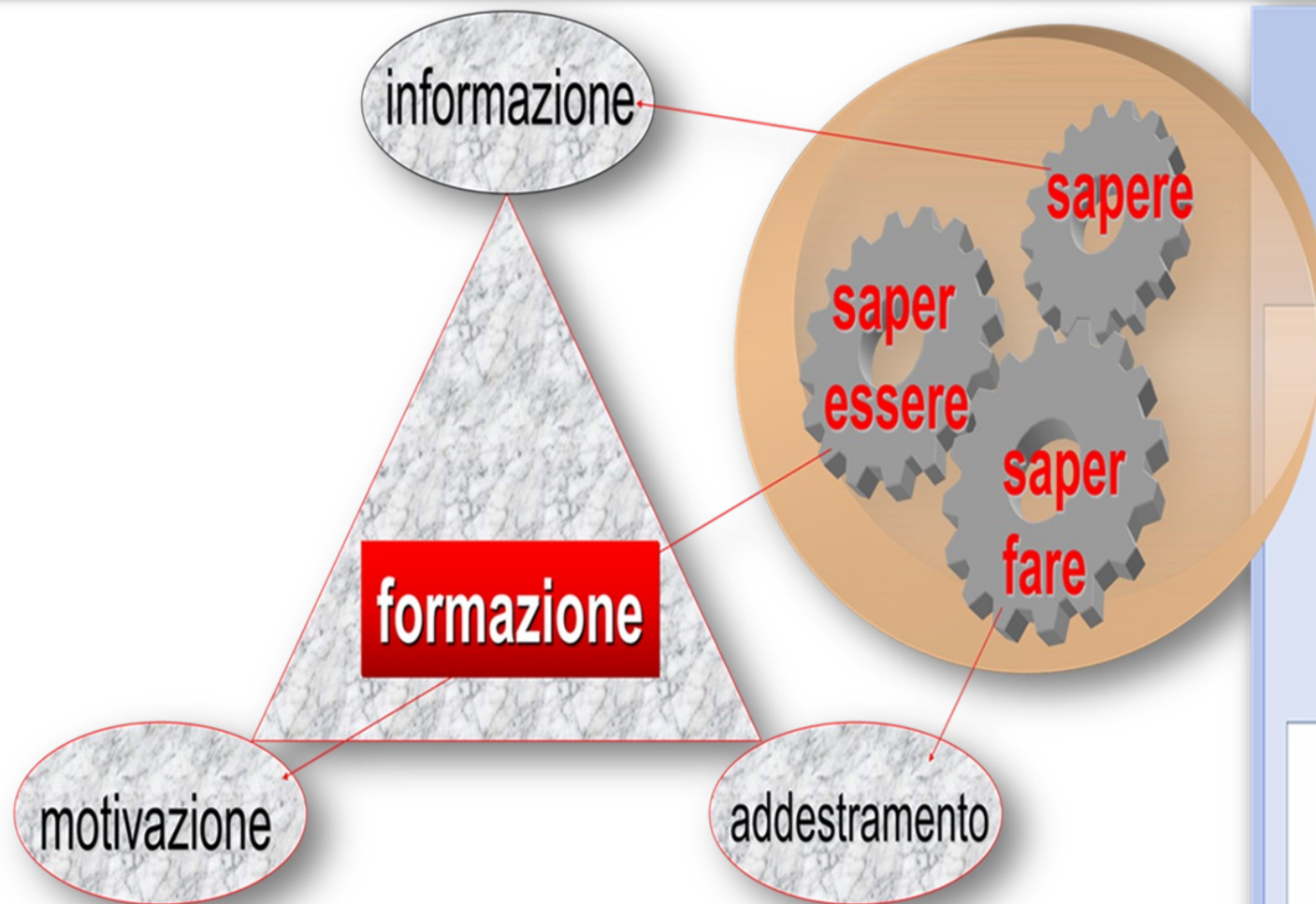
Volatile, cioè caratterizzato da cambiamenti continui e turbolenti,
Uncertain, incerto perché gli eventi sono difficilmente prevedibili,
Complesso, perché le cause, gli effetti e le concatenazioni degli eventi sono di difficile comprensione e previsione gestionale,
Ambiguo, perché passibile di interpretazioni molteplici e fra loro anche molto diverse, distanti a volte anche discordanti.

Nel mondo **Vuca** è sempre più difficile utilizzare le esperienze passate per programmare il futuro.

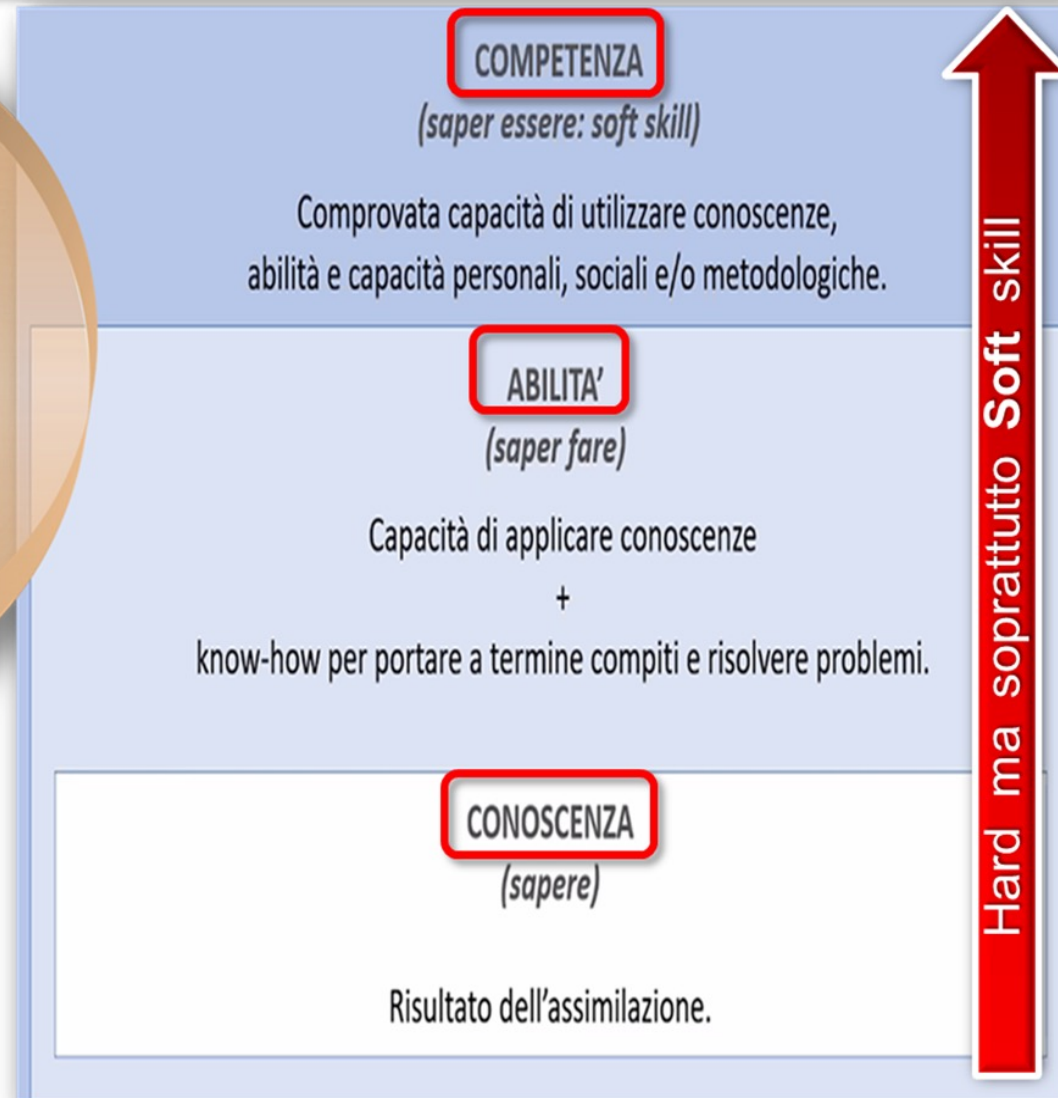
Per questo il **Project Management** è una soluzione vincente, perché è uno strumento di gestione manageriale che permette di affrontare le situazioni nuove e complesse, coordinando persone, tecnologie e strutture per realizzare soluzioni efficaci e innovative in un periodo definito e con un budget predeterminato.



Strumenti



in chirurgia si dice : see one, do one, teach one !



Aziende e sistema di governo

Insieme di risorse orientate al perseguimento di una **finalità** comune in costante rapporto di evoluzione con l'ambiente di riferimento.

Organizzazione

(insieme umano finalizzato)

- Miglioramento continuo
- Team work

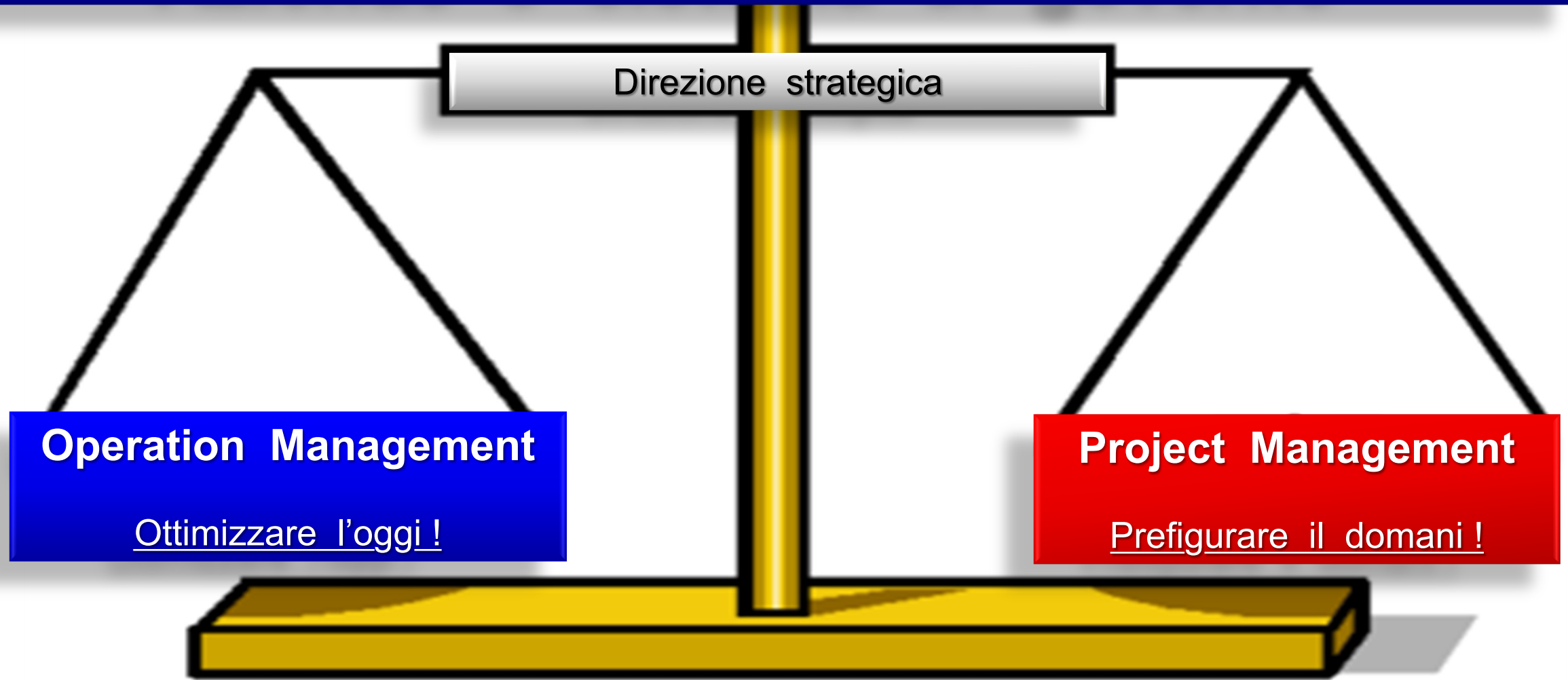
Operation
Management

Project
Management

Metodologie /
strumenti
di gestione dei
processi
di produzione

Metodologie / strumenti
di gestione dei **progetti**
di miglioramento (*routine*)
oppure
di innovazione
(*trasformazione strategica*)

Aziende e sistema di governo



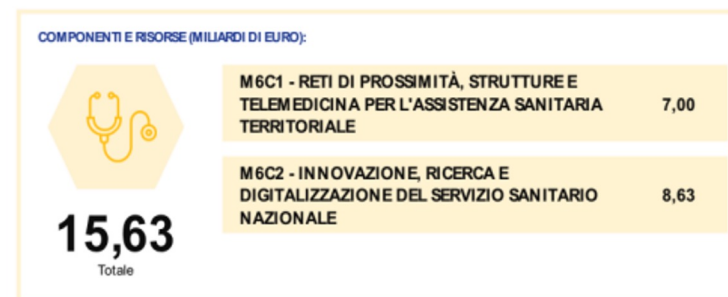
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Una interpretazione economico – aziendale del PNRR

Secondo il PNRR, il SSN dovrà investire molte risorse, in poco tempo, e con un'alta efficienza



MISSIONE 6: SALUTE



In termini assoluti, si tratta di **finanziamenti molto significativi**, pari a oltre il 30% delle risorse in conto capitale investite nel SSN tra 2000 e 2017. Un'opportunità che per non essere persa dovrà considerare alcuni aspetti.

1. In una situazione di elevato indebitamento, invecchiamento demografico e scarsa crescita economica, è prioritario che gli investimenti promuovano **l'efficienza e la costo-efficacia interna al SSN**, ma anche lo sviluppo delle filiere produttive in grado di crescere e competere sui mercati internazionali.
2. **Le previsioni di finanziamento della spesa corrente nel 2021-24 contenute nel DEF di aprile 2021 sono decrescenti.**

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2021 – 2024

	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria	127.138	123.622	126.231	124.410
In % di PIL	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
Tasso di variazione in %	3,0%	-2,8%	2,1%	-1,4%

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Sanità24 ^{24 ORE}

Home Analisi Sanità risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa

AZIENDE E REGIONI

28 NOV 2023

S 24

Rapporto Oasi-Bocconi: Ssn già implicitamente "razionato" per un sistema sanitario universale non solo a parole

SEGNALIBRO ☆

I passi non indolori, ma necessari da subito :

- un'analisi dettagliata dei consumi di pazienti con profili di salute omogenei, per individuare le aree di over- e under-treatment, considerando nel conteggio anche quanto ottenuto in regime privato;
- la limitazione delle prescrizioni a quanto effettivamente erogabile;
- lo snellimento delle procedure, facendo coincidere i momenti della prescrizione e della prenotazione.

→ Una riorganizzazione dei servizi dalla logica prestazionale alla logica di **presa in carico (percorso di cura)** una modalità di spendere i fondi del **PNRR** più efficiente di un potenziamento dei servizi a modello invariato, che non avrebbe possibilità di rivelarsi sostenibile nel lungo periodo.

buon lavoro a tutti Noi !



Grazie dell'attenzione.

Cell. 3483350223

m.dalmaso@libero.it

