



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

“Ospedali e loro strumenti di governance”

Antonio Giulio de Belvis

Coordinatore Comitato Scientifico e Membro del Consiglio Direttivo
Nazionale ASQUAS

Direttore GOV → VALUE LAB Facoltà di Economia UCSC

Direttore UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici - Fondazione
Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

DISCLAIMER CONFLITTO DI INTERESSI

Negli ultimi due anni ho avuto i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Novartis, Daiichi-Sankyo, Amgen, Gilead, Pfizer, Janssen, Takeda, Medtronic, BSM





VALUE-BASED HEALTHCARE MODEL

The concept of value based healthcare model has evolved substantially since its introduction in 2006 by Michael Porter and Elizabeth Teisberg.

Today it is at a **critical inflection point** as it can be a project for transforming how healthcare system operate and to **reorient** regional and national health systems around value based model, in addition to its traditional purpose of improve the healthcare performance.

The **pandemic** accelerates this transition by stated an urgent and necessary need for coordinated approaches where all the stakeholders strive to work together around a shared goal. This cooperation, called "moonshot", views the public and the private sector investing in the value-based transformation of national health systems.

NEJM, 2023



3. VALE BASED: CRISIS OF PURPOSE



It concerns the growing disconnect between the values that draw people to work in the health care sector and the reality of their experience working in it.



The globality of the healthcare sector and the expanding clinical complexity are responsible for high rates of stress and burnout

NEJM, 2023

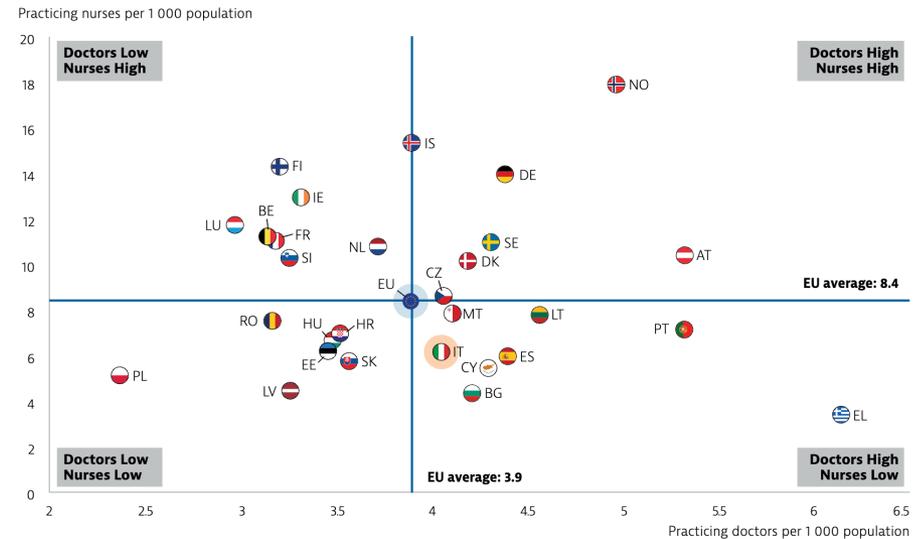


antonio.debelvis@unicatt.it

Workforce

- In 2021's Italy doctor-to-population ratio **matches** the EU average. However, **several regions experience shortages** – especially of GPs, whose number declined significantly during the pandemic.
- Italy's doctor population is among the **oldest** in the EU.
- **Nurses are lacking.**
- While the Italian government has taken decisive action to mitigate the effects of past planning deficiencies in workforce development – including through its **Recovery and Resilience Plan**, shortages in some specialties are likely to persist due to limited attractiveness.

Figure 9. Italy has a relatively high number of doctors but far fewer nurses



Note: The EU average is unweighted. In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30 % in Portugal). In Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospitals. Source: Eurostat Database (data refer to 2019 or the nearest year).



Scuola di Specializzazione	% non immatricolati	Scuola di Specializzazione	% non immatricolati
Medicina di comunità e cure primarie	92	Cardiochirurgia	33
Microbiologia e virologia	89	Medicina del lavoro	33
Farmacologia e Tossicologia Clinica	88	Ortopedia e traumatologia	29
Radioterapia	87	Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	29
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	86	Oncologia medica	28
Medicina d'emergenza urgenza	76	Allergologia ed immunologia clinica	28
Medicina e Cure Palliative	72	Medicina legale	27
Anatomia patologica	72	Chirurgia pediatrica	27
Medicina nucleare	70	Psichiatria	24
Statistica sanitaria e Biometria	69	Malattie dell'apparato respiratorio	23
Audiologia e foniatría	64	Reumatologia	23
Chirurgia Toracica	63	Neurochirurgia	22
Genetica medica	59	Chirurgia maxillo facciale	19
Igiene e medicina preventiva	57	Otorinolaringoiatria	19
Malattie Infettive e Tropicali	56	Neuropsichiatria infantile	19
Chirurgia Generale	56	Radiodiagnostica	15
Nefrologia	55	Ginecologia ed Ostetricia	14
Anestesia Rianimazione	53	Neurologia	11
Geriatría	51	Endocrinologia e malattie del metabolismo	9
Scienze dell'alimentazione	45	Malattie dell'apparato digerente	9
Medicina interna	43	Oftalmologia	6
Ematologia	37	Pediatria	6
Chirurgia vascolare	37	Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	4
Medicina fisica e riabilitativa	35	Malattie dell'apparato cardiovascolare	4
Urologia	35	Dermatologia e venereologia	1

Figura 4. Sopra: Contratti banditi e immatricolati per le borse di studio di specializzazione medica (numero), 2022 e 2023.

Sotto: Non immatricolati per Scuola di Specializzazione (valori %), 2023

Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Anaaio Giovani, Associazione Liberi Specializzandi - ALS e Giovani Medici per l'Italia - GMI

Relazioni condizionanti l'operato del DG oggi



I professionisti (la sindrome di Fort Alamo)



Un numero crescente di professionisti che operano in sanità vivono l'alienazione dalla "filiera" perchè pressati da:

- elevati volumi e carichi di lavoro da eseguirsi in tempi sempre più brevi associati a
- un'indubbia richiesta di ridurre i costi con enfasi sui processi di riorganizzazione, consolidamento e razionalizzazione delle attività

A fronte di ciò, frammentari sono i riscontri sull'impatto della loro attività rispetto alla *mission* istituzionale:

soddisfare i bisogni di salute della
popolazione residente,
garantendo i LEA,
compatibilmente con le risorse disponibili



I professionisti (la sindrome di Fort Alamo)

Un numero crescente di professionisti che operano in sanità vivono l'alienazione dalla "filiera" perchè pressati da:

- elevati volumi e carichi di lavoro da eseguirsi in tempi sempre più brevi associati a

Come si risponde alla Sindrome di Fort Alamo?

Aspettando Godot:
un nuovo governo,
un nuovo DG,
la pensione



antonio.debelvis@unicatt.it

Da «governing» a «governance»

Governing: basically regarded as **one-way traffic** from those governing to those governed (Kooiman, 2000)

Governance: Newman (2001) suggerisce i seguenti cambiamenti nel settore pubblico:

- l'allontanarsi da modelli di gerarchia e competizione verso modelli di rete e partenariato che attraversano i settori pubblico, privato e del volontariato;
- riconoscere la labilità dei confini e delle responsabilità nell'affrontare le questioni sociali ed economiche;
- sostituire i modelli tradizionali di comando e controllo con il “governo a distanza”;
- sviluppare strumenti politici più riflessivi e reattivi;
- spostamento del ruolo del governo verso un focus sulla leadership, sulla costruzione di partenariati, sulla guida e sul coordinamento e sull'integrazione e regolamentazione a livello di sistema;
- emergere di un “autogoverno negoziato” all'interno delle comunità, basato su nuove pratiche di coordinamento delle attività attraverso reti e partenariati ed apertura del processo decisionale ad una maggiore partecipazione del pubblico;
- innovazione nella pratica democratica come risposta ai problemi relativi alla complessità e frammentazione dell'autorità e alle sfide che questa presenta ai modelli democratici tradizionali.



... Clinical Governance is a system through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish”...

Scally,G. Donaldson,L.J. BMJ 1998; 317: 61-65 (4 July)



**“rendersi conto
per rendere conto,**



... nello spirito di responsabilizzazione che le professioni sanitarie assumono, verso gli assistiti e verso le istituzioni, circa le attività svolte, le prestazioni erogate ed i risultati ottenuti”.

*(Guzzanti E. Camera dei Deputati, Commissione Affari Sociali . 7 febbraio 1995:
Audizione del Ministro della Sanità, Prof. Elio Guzzanti)*

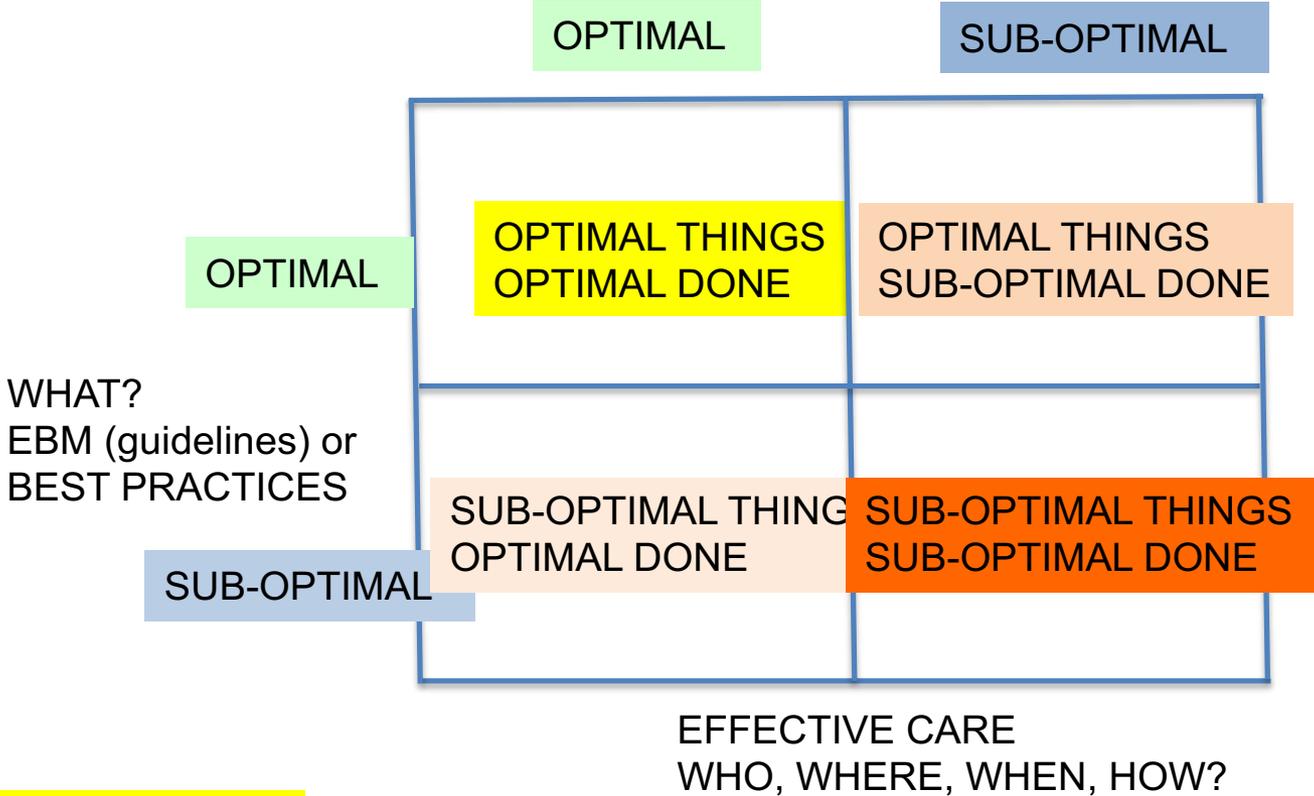
antonio.debelvis@unicatt.it

Clinical governance emphasizes the importance of quality of care and became popular vocabulary in the United Kingdom.

The concept of clinical governance encompasses the interaction between management and physicians, as well as “how to walk the tightrope between public control and professional autonomy” (Burau & Vrangbæk, 2008).



THE ROLE OF CRITICAL PATHWAYS TOWARDS CLINICAL APPROPRIATENESS OF CARE



antonio.debelvis@unicatt.it

Mod: from Vanhaect, 2003





Strumenti di governance, l'implementazione della qualità e i cruscotti direzionali: verso una prospettiva Value Based Healthcare

Maurizio Dal Maso, Antonio Giulio de Belvis, Giuseppe Greco, Maria Piane, Edoardo Valentini

- 7.1 Introduzione
 - 7.2 Opportunità di cambiamento
 - 7.3 L'implementazione della qualità
 - 7.4 Il cruscotto direzionale
 - 7.5 Dal cruscotto direzionale alla prospettiva Value-Based Healthcare
 - 7.6 La nuova agenda strategica per la trasformazione del valore
 - 7.7 Nuovi programmi di raccolta di PREMs e PROM
- Bibliografia di riferimento

I cruscotti direzionali

Nel processo di programmazione e controllo, strumenti **operativi volti a garantire l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia, l'accountability e l'economicità, al fine di perseguire gli obiettivi strategici di pianificazione, valutazione, gestione e controllo.**

Il D.lgs 286/99 mostra diversi aspetti innovativi, ed in particolare ribadisce come **l'attività di valutazione e controllo strategico all'interno delle pubbliche amministrazioni mira a verificare il raggiungimento degli obiettivi, conseguibili in base alle risorse, agli indirizzi politici e alle scelte operative, considerando i possibili fattori ostativi e i possibili rimedi.**

Considerato che è previsto il ricorso a un sistema di controllo interno, risulta necessaria l'attuazione di un sistema gestionale, ovvero un **dashboard o cruscotto clinico-direzionale aziendale.**

La definizione e la creazione di un cruscotto rappresenta **l'ultimo momento di un processo complesso**, dal momento che costituisce un aggregatore di informazioni e di dati provenienti da diversi applicativi e portali aziendali, con la finalità di raggruppare e sintetizzare le diverse variabili, sempre a fini di supportare la **presa di decisioni a più livelli.**

La sua implementazione si avvale di un **linguaggio comune e di modelli di rendicontazione**: è quindi necessario **definire gli strumenti, le anagrafiche, le fonti dei dati, i modelli di rendicontazione delle variabili produttive e degli indicatori chiave di performance (KPIs).**



DECISIONI SOSTENIBILI, BASATE SU PROVE DI EFFICACIA



Figure. Domains that influence evidence-based decision making. Source: Satterfield JM et al (2).





Strumenti di governance, l'implementazione della qualità e i cruscotti direzionali: verso una prospettiva Value Based Healthcare

Maurizio Dal Maso, Antonio Giulio de Belvis, Giuseppe Greco, Maria Piane, Edoardo Valentini

- 7.1 Introduzione
 - 7.2 Opportunità di cambiamento
 - 7.3 L'implementazione della qualità
 - 7.4 Il cruscotto direzionale
 - 7.5 Dal cruscotto direzionale alla prospettiva Value-Based Healthcare
 - 7.6 La nuova agenda strategica per la trasformazione del valore
 - 7.7 Nuovi programmi di raccolta di PREMs e PROM
- Bibliografia di riferimento

La **ricognizione dei flussi e la loro integrazione** devono prevedere momenti di analisi e di verifica continua; il monitoraggio deve ricorrere a strumenti visivi sintetici, intuitivi e comunicativi, come tabelle, grafici, istogrammi. Le interfacce predefinite per macro-area, devono essere dotate di link per il drill-down per visualizzare gradualmente dettagli di maggiore livello, garantendo allo stesso tempo la continua possibilità di interrogare il database per effettuare e produrre i relativi report.

La **raccolta, l'analisi e la valutazione delle performance**, mediante un set di indicatori, prevede l'elaborazione di parametri misurabili con lo scopo di assicurare comunicazione e continuo feedback.

Devono essere individuate e discriminate le aree sotto pressione da quelle in miglioramento, al fine di elaborare azioni correttive o migliorative da intraprendere nel rispetto dei valori, dei bisogni e delle scelte dei pazienti.





PROSPETTIVA ORGANIZZATIVO GESTIONALE

PROSPETTIVA TECNICO PROFESSIONALE

PROSPETTIVA UTENTE CITTADINO

Valori **Centralità degli attori** **Qualità professionale** **Qualità manageriale** **Integrazione e Continuità**

ESITI (outcome) PRESTAZIONI (output)

PROCESSI operativi, di supporto, strategico-gestionali
PROCESSI sociali

STRUTTURA di base

INTEGRAZIONE e CONTINUITA' ASS

EFFICIENZA

EFFICACIA

SODDISFAZIONE PAZIENTI

SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA e TRASPARENZA

APPROPRIATEZZA A CLINICA

UMANIZZAZIONE dell' ASSISTENZA e dei SERVIZI

COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE

ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ ED EMPOWERMENT DEI PAZIENTI

SICUREZZA

ACCESSIBILITÀ E TEMPESTIVITÀ

ADEGUATEZZA RISORSE UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE

EQUITA'

ORGANIZZAZIONE: Variabili Interne

ATTORI DI CONTESTO: bisogni; mandato; risorse; variabili socio-economiche; informazioni; innovazioni /nuove conoscenze



Hospitals of the future

A technical brief on re-thinking the architecture of hospitals



 World Health Organization
European Region

6. Suggestions to monitor and measure the effectiveness of the interventions

Hospitals have always been considered a building type which requires mainly technical and engineering competencies, historically excluding or highly limiting the role of architecture and design disciplines in their development (Wagenaar et al., 2018). More recently, the role of health care architecture and its relationship with hygiene and public health has been gradually rediscovered and new challenges are arising (Azzopardi-Muscat et al., 2020). Hospital buildings remain complex and the architect's role should be to overcome strict professional boundaries and be aware of the **impact that hospital design choices have on staff, patient and visitor flows, emergency resilience and technological evolution.**

Within such a complex system it is vital to **assess the impact of design solutions on the efficiency of medical processes**, expanding the scope of design work to functional planning, including features such as logistics, public space, wayfinding, layout, ergonomics, organization, and infrastructure (Wagenaar et al., 2018).

The lists of possible strategies or elements to consider provided in the previous sections are not exhaustive but a comprehensive group of inputs that can positively impact the planning, design and construction process of health care infrastructures, as well guiding designers on management aspects.

Since the second half of the previous century, several **tools and methodologies have been developed in order to assess the qualities of the physical environment and built facilities** (Fronczek-Munter, 2013). This is the result of a growing awareness of the benefits that a positive physical environment can provide to the various occupants and stakeholders (Li, Froese & Brager, 2018). When applying an evidence-based design (EBD) methodology, a very effective and well-structured approach is post-occupancy

evaluation (POE), defined as the process of systematically comparing actual building performance after completion and occupation (Connellan et al., 2013; National Research Council, 2001; Preiser, 1989, 2002).

A successful scheme for evaluation is likely to be one that **sets realistic but challenging goals**, recognizes the constraints that the hospital faces and seeks to be helpful rather than negative and/or punitive. Additionally, it should be resilient enough to adapt and evolve dynamically according to the evolution of the measured system and the boundary conditions, regulations, and best practices.

The European Observatory on Health Systems and Policies confirmed that "the first step in achieving the desired outcome of high-quality, cost-effective care is ensuring that the right physical structures are in place" (McKee, Healy & European Observatory on Health Care Systems, 2002). Measurement models, key performance indicators (KPIs) and continuous processes of quality improvement should therefore be implemented.

Existing models exist for assessing strategic issues, such as sustainability, inclusion or flexibility considerations. These can be developed in conjunction with checklists for assessment and continuous monitoring of health care quality, underpinned by a robust and reliable evidence-informed framework. Operational assessment tools and methodologies – based on systematic evidence, best practices and adapted to user characteristics – must be put in place at various levels to measure the effectiveness of any solutions applied, and to ensure appropriate implementation within the new concept: Hospitals of the future.



VERSO UN NUOVO CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO PER L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE: CRUSCOTTI E PERCORSI DIGITALI

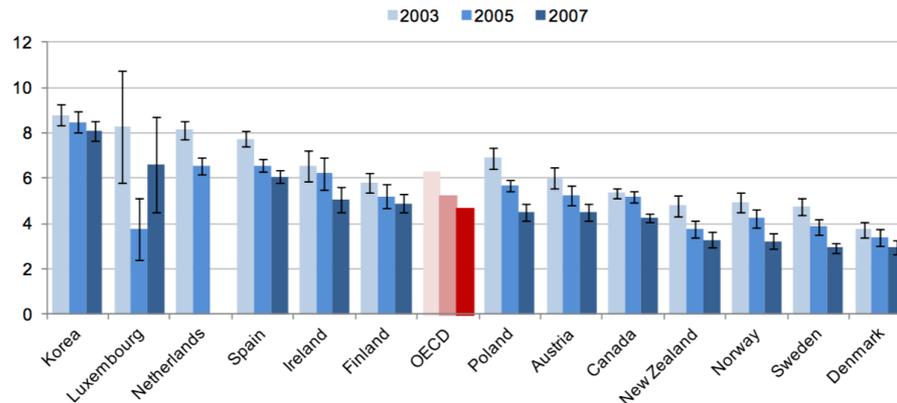


Health system Priorities when money is tight

A dramatic example over the past decade has been the better survival and lower disability rates after ischemic and hemorrhagic stroke, largely reflecting the impact of dedicated stroke units in hospitals.

Similarly, over the past 5 years, the number of people dying within 30 days after Acute Myocardial Infarction (AMI) has been reduced by a fifth, because of actions such as thrombolysis and early treatment with aspirin and beta-blockers .

Figure 1. In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for AMI, 2003-07 (or nearest year available)



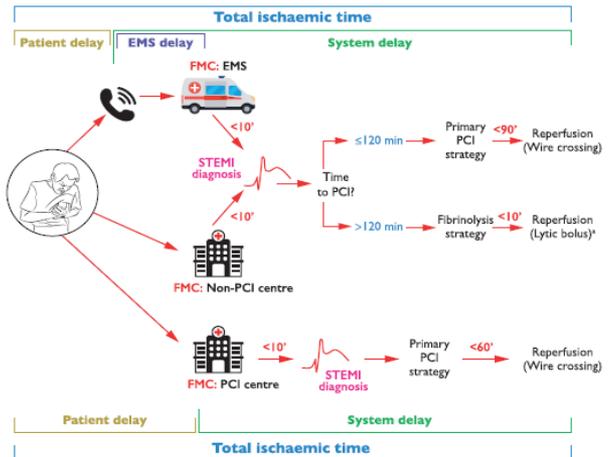
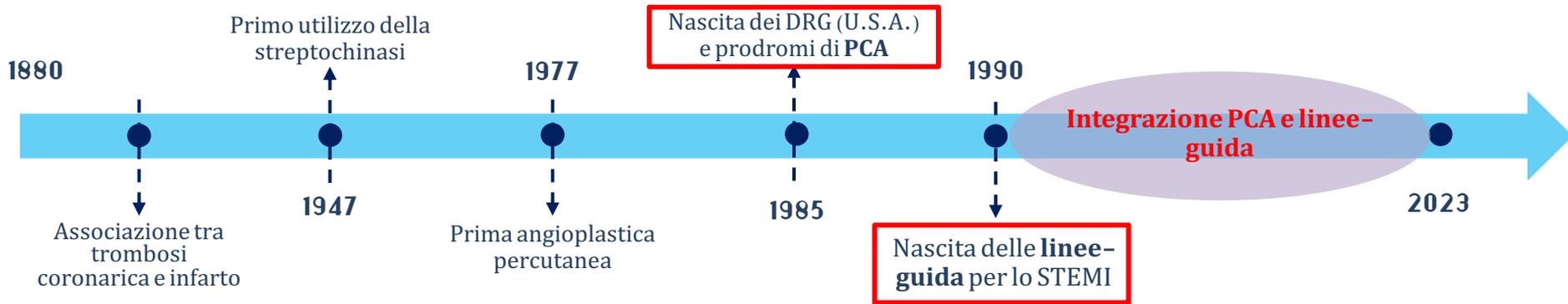
Source: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009. Rates age-sex standardised to 2005 OECD population (45+). 95% confidence intervals represented by H.

antonio.debelvis@policlinicogemelli.it



antonio.debelvis@unicatt.it

Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) e Percorsi Clinico Assistenziali (PCA)



JOURNAL ARTICLE

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

Borja Ibanez, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno, Alida L P Caforio, Filippo Crea, John A Goudevenos, Sigrun Halvorsen ... Show more

Author Notes

European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 07 January 2018, Pages 119–177, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
 Published: 26 August 2017

Il rispetto delle linee guida, inoltre, è risultato essere influenzato dalla fase della patologia in trattamento: **se l'aderenza alle raccomandazioni risulta alta nella fase acuta dell'infarto miocardico (principali interventi evidence-based effettuati in modo appropriato nell'84,2% dei pazienti), questa si dimezza quasi nella fase successiva del percorso.**

Pedicino, 23



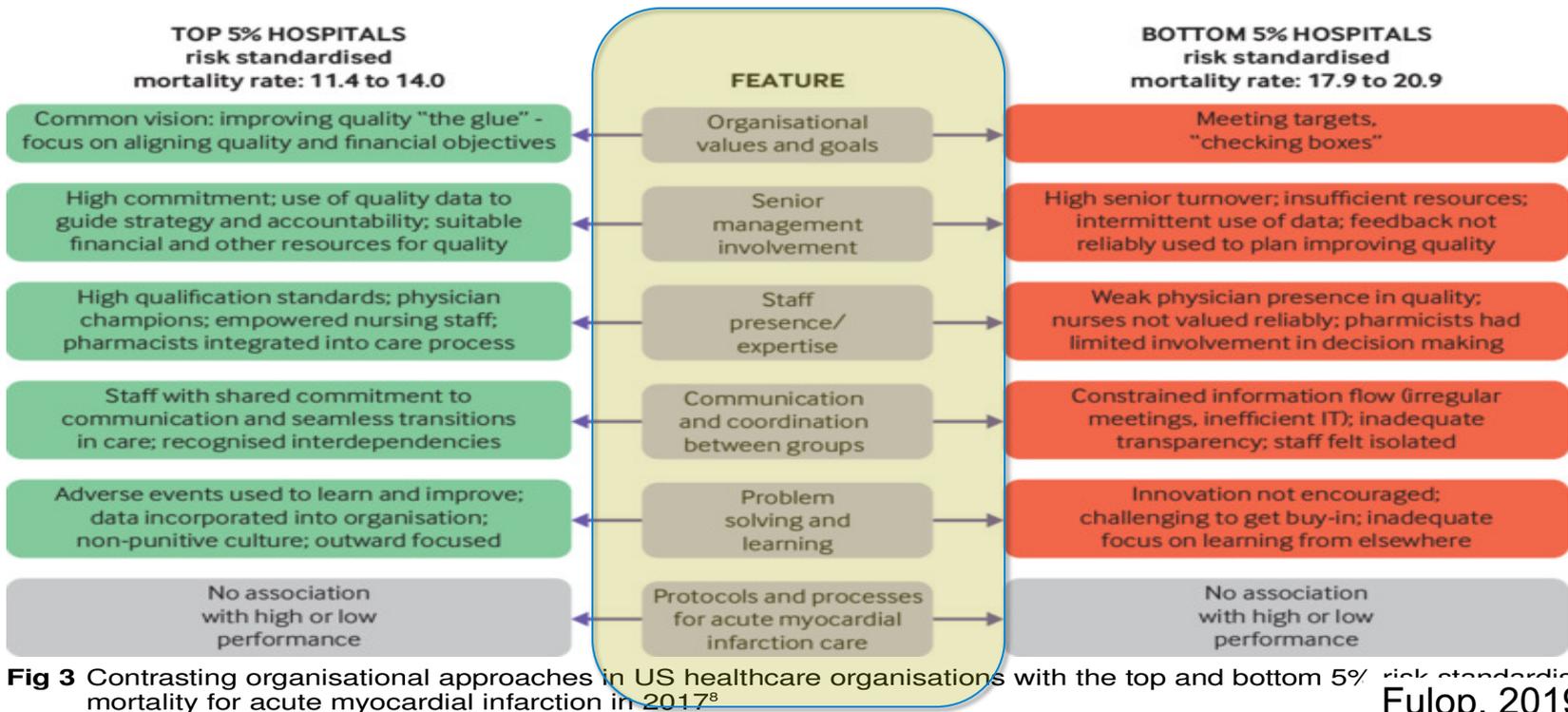


Fig 3 Contrasting organisational approaches in US healthcare organisations with the top and bottom 5% risk standardised mortality for acute myocardial infarction in 2017⁸ Fulop, 2019



antonio.debelvis@unicatt.it



Only Canada, France, the Netherlands and Sweden could track patients across all seven care settings

ICCONIC country data set information

Country	Inpatient	Outpatient specialty	Primary care	Outpatient drugs	Rehab care	Long-term residential care	Home health care
Canada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
France	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Netherlands	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sweden	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Germany	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
USA	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Spain	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Australia	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗
England	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗
New Zealand	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗
Switzerland	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗

VERSO UN NUOVO CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO PER L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE



antonio.debelvis@unicatt.it

E' cambiato il paradigma organizzativo

I Postulati di oggi/domani:

1) La *patient centeredness* deve combinarsi con gli aspetti della *personalized* e della *value based care*

1.1.) L'Innovazione di profilazione genomica permette che ad ogni alterazione molecolare possa corrispondere un farmaco specifico

2) Nell'integrazione territorio-ospedale, occorre combinare gli aspetti di stratificazione del rischio di popolazione/Progetto di salute (DM 77/22) in nuove modalità di presa in carico, da una medicina di attesa (Sportello) ad una medicina di iniziativa, con il ricorso a «nuove stazioni di cura» (Case, Centrali, etc)

3) Il Tumor Board si deve integrare con il Molecular Board

4) Sul versante delle risorse umane, a supporto dei (ridotti) medici ed infermieri, entrano in gioco informatici, esperti di logistica/operations, case managers, economisti sanitari,...

5) Anche i Sistemi Informativi devono supportare questo sforzo di integrazione attraverso l'evoluzione dell'ERP clinico



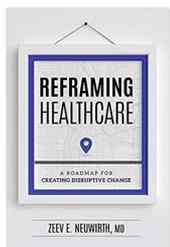
#Dobbiamo progettare i sistemi sui risultati che contano per i cittadini

Siamo abbastanza forti sulle metriche cliniche e normative, ma i pazienti si aspettano che vengano garantiti altri risultati che contano per loro.

In chirurgia, per esempio, tendiamo a misurare la performance con l'assenza di complicanze, infezioni post-chirurgiche o tempi ridotti tra intervento e la dimissione.

Questi sono chiaramente risultati **importanti e necessari**, ma **non sono sufficienti**.

Il cittadino/paziente **da per scontato** che la **qualità e la sicurezza** siano parte integrante del trattamento.



antonio.debelvis@unicatt.it

#Dobbiamo progettare i sistemi su risultati che contano per i cittadini

Chi riceve un intervento chirurgico **si aspetta**

di non avere infezioni, trombi, ulcere da decubito o qualche altra complicazione.

Quello a cui è attento è la sua **qualità della vita**, per

essere in grado di salire una rampa di scale, dormire tutta la notte senza

svegliarsi per il dolore, andare in bicicletta o ballare con il proprio coniuge.

Dobbiamo ispirarci a chi applica strumenti validati in letteratura medica (es.: **ICHOM**),

come i **PROMs**, che includono aspetti come: **autonomia fisica; capacità per le**

attività della vita quotidiana; energia e fatica; immagine del corpo;

deturpazione; disagio; disfunzione sessuale; evitare farmaci con effetti

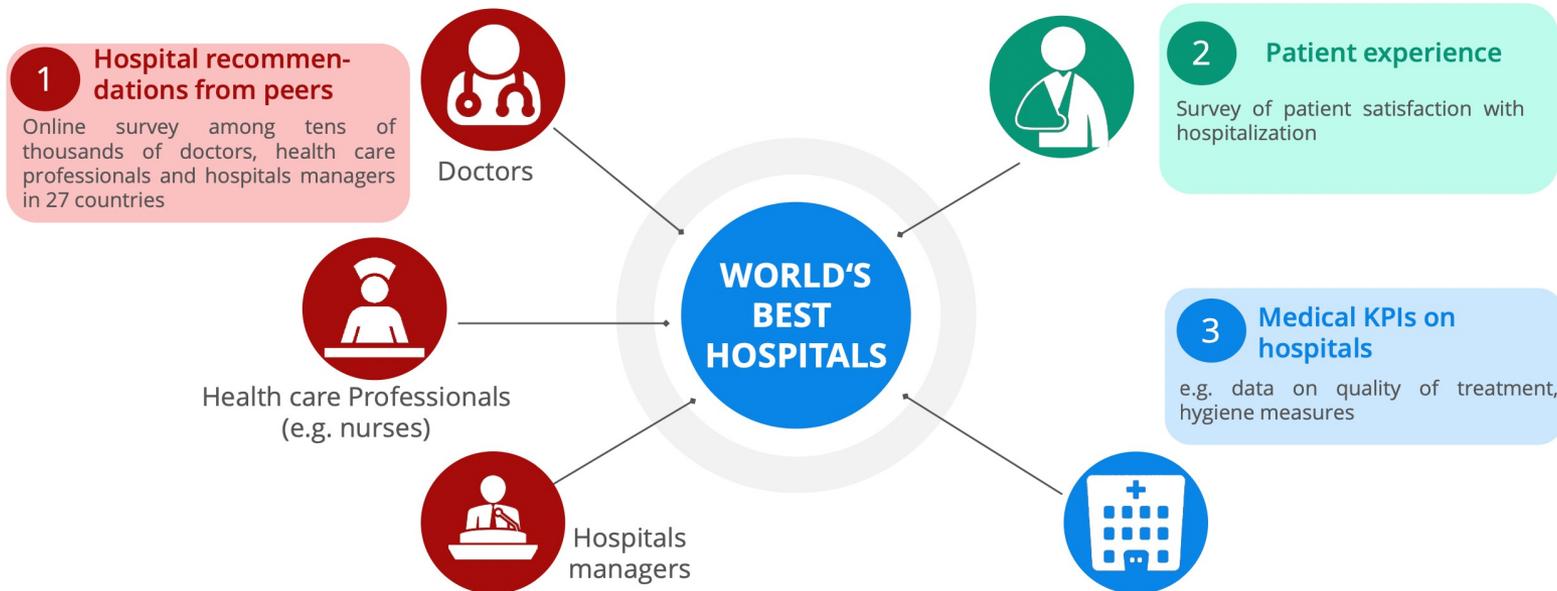
collaterali marcati; buona funzionalità intestinale; continenza urinaria



antonio.debelvis@unicatt.it

HOW TO GET THE SCORES?

Hospital evaluation based on three data sources



Newsweek



antonio.debelvis@unicatt.it

The Value-Based healthcare theory

- The fundamental **goal and purpose** of health care is to deliver high and rising **value for patients**

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering these outcomes}}$$

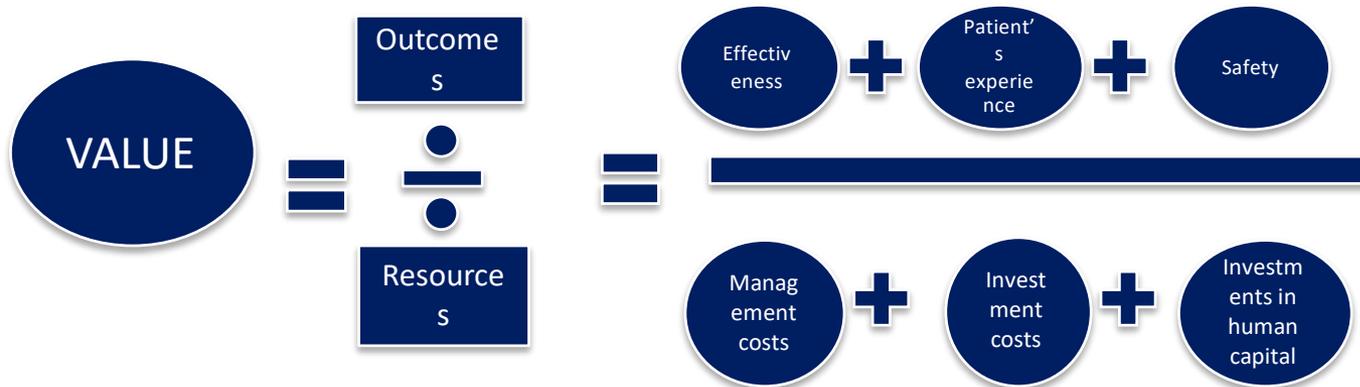
- Delivering high value health care is the **definition of success**
- Value is the only goal that can **unite the interests** of all system participants
- Improving value is the **only real solution** to reducing the burden of health care on citizens and governments



- The questions are how to design a health care delivery system that **substantially improves patient value**, and to shift competition to **competing on value**



What is value in the real life?



antonio.debelvis@unicatt.it

EVOLUZIONE DEL VALUE BASED HEALTHCARE

$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

Porter 2006



TRIPLE AIM
Berwick 2008



QUADRUPLE AIM
Bodenheimer 2014



QUADRUPLE AIM

POPULATION
HEALTH

PATIENT
SATISFACTION

EMPLOYEE
ENGAGEMENT

COST

INDICATORI: PCA dei pazienti con Infezione da Clostridioides difficile

- Guarigione e recidiva (McFarland et al 1999) (De Belvis et al 2019)
- % esiti a lungo termine (Halabi et al 2013)
- mortalità durante il ricovero ed a trenta giorni dal ricovero (ECDC 2013, Lessa et al 2015, Barbut et al 2019)

- CDI-Day SYMS: (Talbot et al 2019)
- PROMS, PROMIS (Baumhauer e Bozic 2016)
- EQ-5D-3L QALY (Barbut et al 2019)

- Burnout (Maslach et al 2011)
- Copenaghen Burnout Inventory (Lee et al 2015)

- Roberts et al 2010
- Choi et al 2019:
- Costo durata ricovero, Terapia praticata, Costi prevenzione



antonio.debelvis@unicatt.it

Rimborso per ciclo di cura



The screenshot shows the Harvard Business School website header with the logo and navigation menu. The main content area features a breadcrumb trail: HBS → ISC → Health Care → Value-Based Health Care → Key Concepts → Aligning Reimbursement w... Below this is the article title 'Aligning Reimbursement with Value' and a paragraph of text.

HBS → ISC → Health Care → Value-Based Health Care → Key Concepts → Aligning Reimbursement w... [Email](#) [Share](#)

Aligning Reimbursement with Value

Value-based health care delivery motivates and rewards providers who deliver the best outcomes at the lowest costs, and penalizes those who fail to effectively improve patient health. Episode-based or bundled payments for complete cycles of care do the best job of aligning providers' incentives to deliver the maximum value to their patients. A bundled reimbursement payment covers all the treatments and interventions performed over a full care cycle for an acute medical condition. Such bundled payments create benefits for all the principal players.



VERSO UN MODELLO ORGANIZZATIVO E DI BUDGETING CENTRATO SUL VALORE DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI



FONDAZIONE ROMA

Gemelli

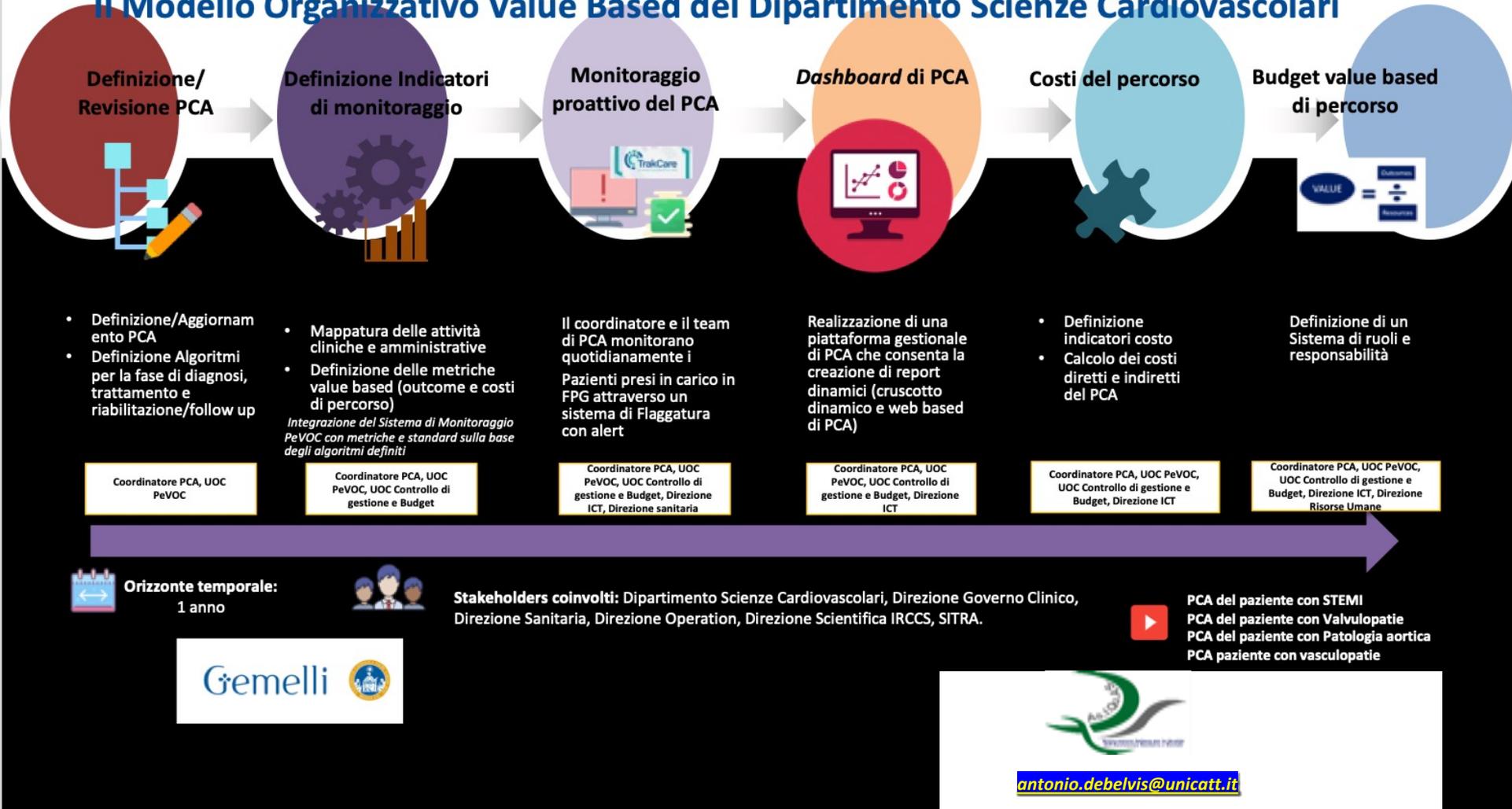


Un ospedale venuto dal futuro, tutto costruito intorno al cuore dei pazienti e innovativo non solo per le tecnologie e la struttura, ma soprattutto per il modello organizzativo dell'offerta di cura, unico nel nostro Paese e tra i pochi al mondo che strizza l'occhio alla sanità di domani. È 'CUORE' (acronimo di Cardiovascular Unique Offer ReEngineered), un progetto completamente dedicato alle patologie cardiovascolari, che sorgerà nell'arco dei prossimi tre anni all'interno del campus dell'Università Cattolica-Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS di Roma, grazie alla *partnership* con Fondazione Roma, uno degli enti più importanti e attivi nel terzo settore, e l'Istituto Toniolo.

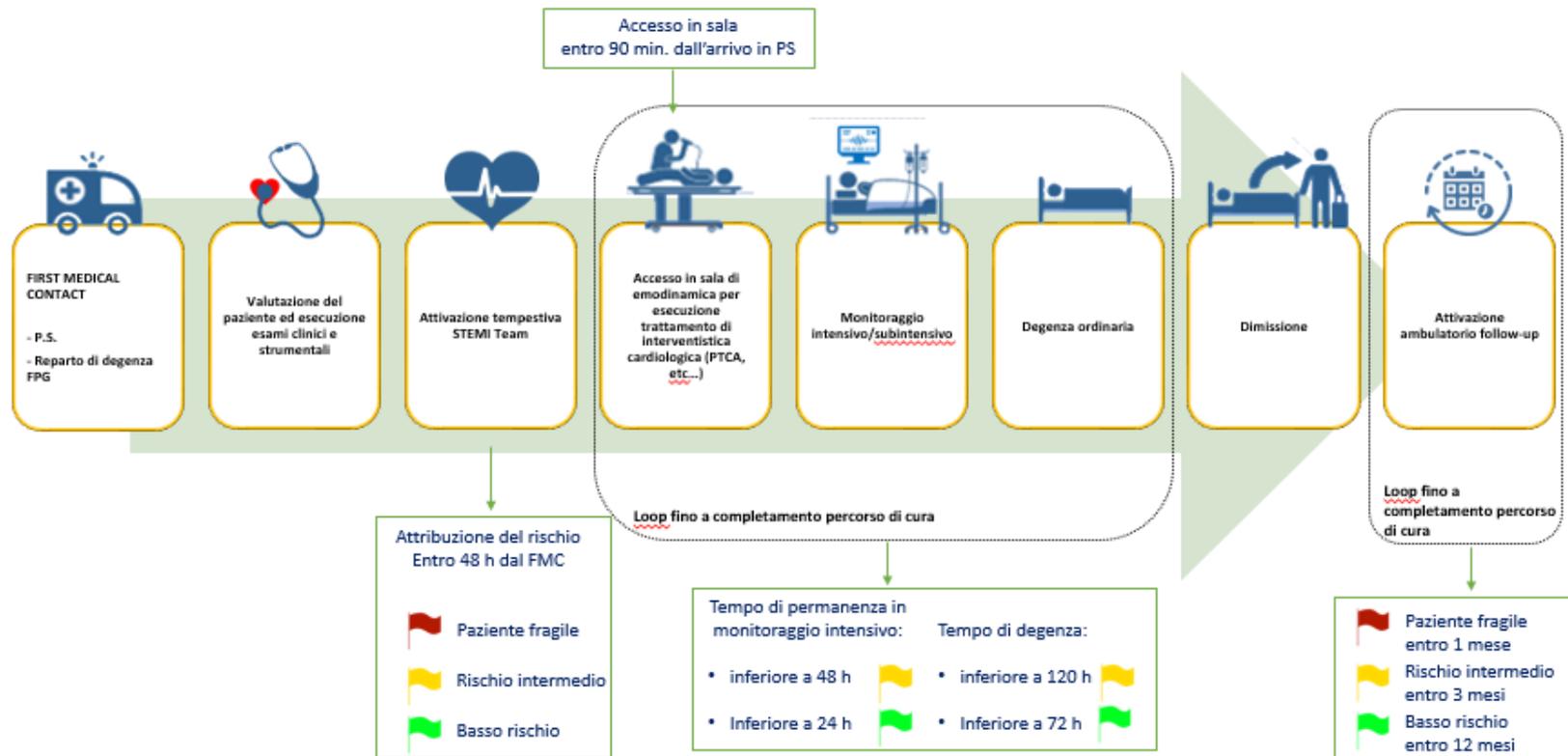


antonio.debelvis@unicatt.it

Il Modello Organizzativo Value Based del Dipartimento Scienze Cardiovascolari

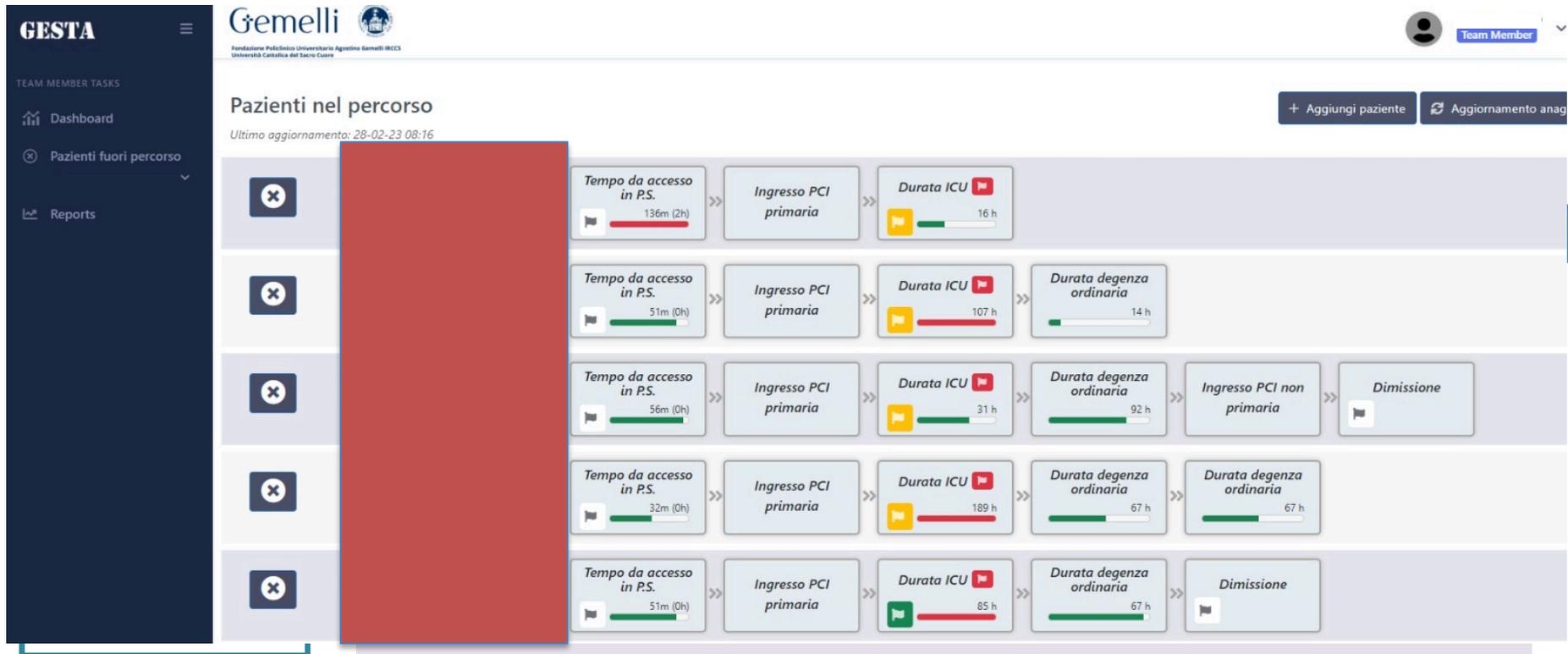


La codifica del percorso



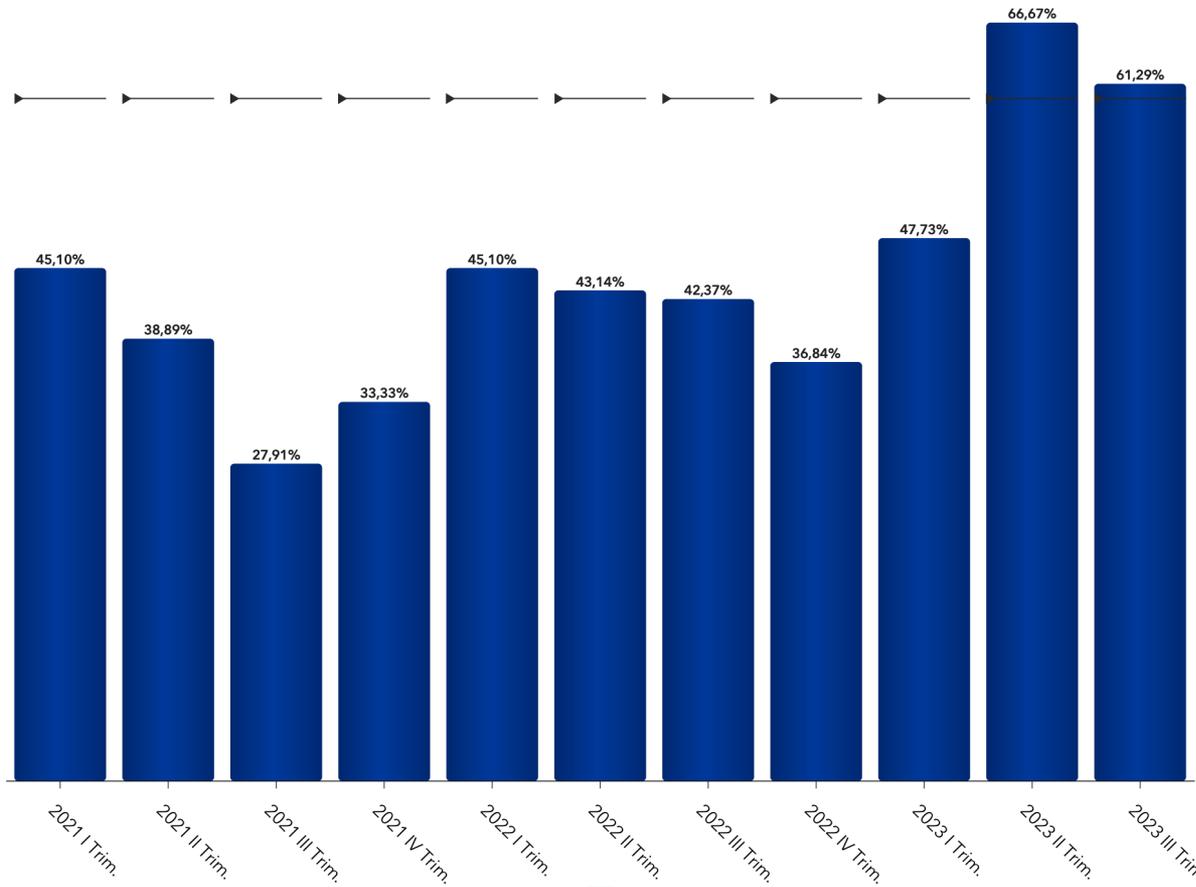
L'introduzione della dashboard e il sistema della 'flaggatura'

(Agenda digitale, 2023)



L'impatto del Progetto

PTCA eseguite nei 90' da accesso in PS negli Infarti STEMI
(IV trimestre 2022 → III Trimestre 2023: dal 37,9 al 61,3%)



antonio.debelvis@unicatt.it



ABBIAMO TUTTI GLI
STRUMENTI:
IMPLEMENTIAMO!



antonio.debelvis@unicatt.it

DRIVERS TOWARDS CHANGE MANAGEMENT TOOLS IN HEALTHCARE

Systems can change when:

- **Stimulated by medical progress**—eg, new diagnostic tests and treatments, imaging technology, or surgical advances
- **Incontrovertible evidence shows public benefit**—eg, immunising infants or reducing smoking rates in developed countries
- **New models of care** emerge—eg, the shift to day only surgery or providing GP advice remotely via apps, teleconferences, or telemedicine
- **Clinical practices alter by necessity or because of professional acceptance**—eg, laparoscopic techniques

Sources: Thimbleby, 201319; Farmanova et al, 201620; Westerlund et al, 201521; Watt et al, 201722

Systems can reject change when:

- The primary or sole strategy is to **mandate solutions from the top down**
- The change is **not supported by parties with power to resist or reject**, such as the medical profession or the media
- The initiative encounters **entrenched bureaucracy**, particularly in organisations such as public hospitals
- More policies and procedures are **issued on top of a multiplicity of existing policies and procedures**
- **Attempts** to alter deep seated politics or cultures are **superficial**

Sources: Coiera, 201115; Braithwaite et al, 201723; Khalifa, 201324



LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO NELLE ORGANIZZAZIONI COMPLESSE

