

Boccon School of Management

Empower your Vision.

MILANO | ITALY

L'ospedale a misura di paziente: perché innovare, come innovare e, soprattutto, per arrivare dove?



29 Marzo 2012

Un futuro da scrivere

L'ospedale è l'organizzazione più complessa tra quelle moderne, in continuo micro-adattamento interno per rispondere ai cambiamenti nell'offerta e nella domanda.

E' in atto una riflessione ampia nel sistema italiano e sul fronte internazionale attorno alla quale sta maturando una nuova visione dell'ospedale.

Figura 3. Corsia Sistina dell'Ospedale S. Spirito di Roma, 1938







"And when the music stops, grab a bed . . ."



AGENDA

- Alcune premesse di contenuto e metodo
- Uno sguardo internazionale
- I driver dell'innovazione organizzativa per l'ospedale ed un quadro di sintesi concettuale alla luce delle esperienze in corso nel panorama italiano
- Precauzioni per l'uso
- Riflessioni conclusive



Alcune premesse di contenuto e metodo



Le discontinuità tra ieri ed oggi

- Cambiamento/evoluzione del bisogno di cure
- Possibilità tecniche
- Sviluppi convergenti tra discipline cliniche
- o Imperativo dell'efficienza produttiva
- Crescita aspettative/pressione sociale
- Demografia delle famiglie professionale



Le basi e le aspettative dell'innovazione 3 Principi chiave

- → L'efficienza e l'imperativo della produttività
- → Coerenza tra bisogno di salute e "setting" della risposta assistenziale
- → Integrazione clinica e con la ricerca e la didattica



L'efficienza e la produttività

Progettare per migliorare il flusso del paziente

- Si muove lo staff e non il paziente
- Si muovono le tecnologie e non il paziente
- Collocare le tecnologie vicino alle zone di maggiore utilizzo
- Lean management delle risorse logistiche
- Ottimizzare i tempi di attesa e superare il modello Batch&Queue della produzione a "lotti" in sequenza
 - "A nessuno piace stare in ospedale"
 - "Ogni paziente ha tutto l'interesse ad essere trattato il più velocemente possibile"
 - "Il tempo del paziente non è tempo libero/gratis"
 - "Occorre costruire il servizio reso in funzione dei bisogni di assistenza del paziente"



(The Mount Sinai Medical Center of NY 1995)

La coerenza tra i bisogni di salute ed il setting della risposta assistenziale

L'ospedale Care-focused o Patient-focused

• Definizione di intensità di cura: livello di cura richiesto dal caso conseguente ad una valutazione di instabilità clinica (associata a alterazioni dei parametri vitali) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica)

• Ospedale patient-focused: riorganizzato per aree di degenza, spesso multispecialistiche, graduate rispetto all'intensità di cura (evoluzione della progressive care)



Integrazione clinica e con la ricerca e la didattica



Qual è il connettivo organizzativo sui processi clinici, sui programmi di ricerca, sui percorsi didattici?



Uno sguardo internazionale

....seguiranno suggestioni da realtà ospedaliere della "major league" che si stanno ripensando in modo innovativo



Una sintesi della letteratura internazionale (4 aree di innovazione nell'ospedale)

Clinical integration

- Units grouping
- ☐ <u>Multidisciplinary care teams</u> (clinical service lines)

Resource integration

- Resources pooling.
- ☐ Redesign of the physical environment.

Patient focus

Patients grouping.

Engagement of professionals

- Redesign of organizational mechanisms.
- New managerial roles and changes in traditional ones.



Le "Clinical Service Lines"

- Strutture organizzative, che riuniscono professionisti di diverse specialità, orientate alla produzione di output clinici: Sono identificati 3 tipologie di output possono rappresentare i criteri di definizione delle service line: (i) management disease; (ii) erogazione dell'assistenza per classi di popolazione (anziani, bambini); (iii) procedure ed interventi erogati (Charns et al. 1993).
- Aree multidisciplinari, non aderenti alla struttura gerarchica o funzionale dell'organizzazione, orientate ad organizzare i processi assistenziali per i pazienti secondo specifici problemi di salute, interventi, procedure che devono essere erogate (Parker et al. 2001).
- Unità organizzative appartenenti a più dipartimenti, funzioni e servizi, integrate tra loro per l'orientamento all'attività di una disciplina o alla produzione di specifici outcome clinici (Jain et al. 2006):



I driver dell'innovazione organizzativa per l'ospedale ed un quadro di sintesi concettuale alla luce delle esperienze in corso nel panorama italiano



Tre assi da presidiare con l'organizzazione

Asset
management
(efficienza della
gestione
operativa) e
rimodulazione
setting
assistenziali

Knowledge
management
(specializzazione
e gestione delle
competenze
professionali)

Competitività e responsabilità di mercato

Disease Management (efficacia e appropriatezza dei processi di cura)

"Traslazione" ricerca (e didattica) sui processi clinici



Gli estremi della progettazione organizzativa di base (1/2)

1. <u>Divisionalizzare</u> l'ospedale e ricercare <u>prevalentemente</u> nel dipartimento la risposta a tutte e tre le dimensioni (ruoli di gestione operativa a livello dipartimentale)



How we operate

We are organised into four clinical divisions, each headed by a senior consultant and a general manager. Within these divisions there are individual service directorates also led by senior consultants.

Medicine

Clinical Head of Division: Dr Andrew Scott General Manager: Pat Higgins

- Accident and Emergency (Mr Alan Pennycook)
- . General Medicine (Dr King Leong)
- . Medicine for the Elderly and Rehabilitation (vacant)

Surgery and Anaesthesia

Clinical Head of Division: Mr Gerry O'Sullivan General Manager: Amanda Farrell

- General Surgery/Urology (Miss Carol Makin)
- · Musculoskeletal (Mr Richard Parkinson)
- . Special Surgery (Mr Som Prasad)
- * Theatres and Anaesthetics (Dr Conor Devlin)

Women and Children

Clinical Head of Division: Mr David Rowlands General Manager: Jo Goodfellow

- Wirral Services for Child Health (WiSCH) (Dr Adrian Hughes)
- . Women's Services (Mr Mark Doyle)

Diagnostics

Clinical Head of Division: Dr Joyce Magennis General Manager: Alistair Bardsley

- Laboratory Medicine (Dr David Agbamu)
- · Radiology (vacant)

There are also a number of corporate and support functions:

- · Operations and Facilities
- Finance and Supplies
- . Human Resources/Organisational Development
- . Clinical Practice Research Unit
- Corporate Secretary and Membership Management
- Pharmacy
- · Strategic Development
- Risk Management

In addition, Wirral Health Informatics Service (WHIS) co-ordinates the development of all aspects of information technology, including patient care and business systems, across the NHS in Wirral.

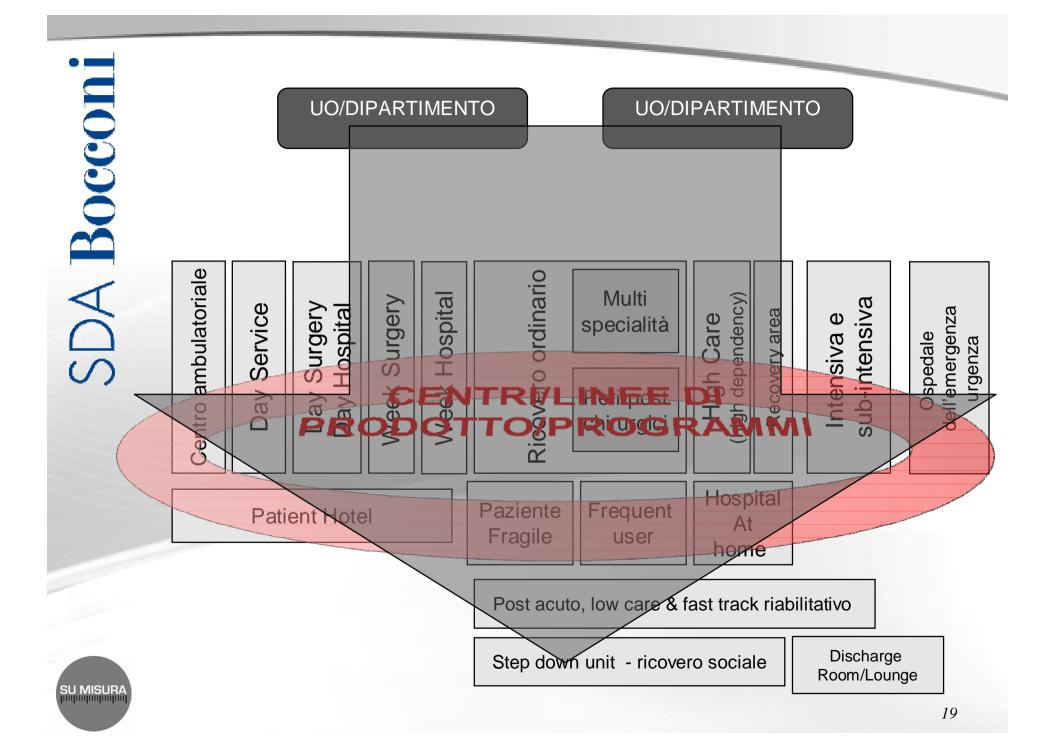




Gli estremi della progettazione organizzativa di base (1/2)

- 2. oppure data la complessità e diversità delle dimensioni da presidiare la progettazione organizzativa può ricercare **soluzioni diverse** per dare risposte differenziate a tali dimensioni. Ad esempio:
 - il dipartimento può concentrarsi sul knowledge management (nell'accezione del governo clinico) e sul presidiare il proprio "mercato" (competitività-penetrazione);
 - l'ospedale (o la rete ospedaliera) nel complesso si attrezza per gestire gli asset o per definire comunque delle regole comuni di loro gestione (sale operatorie, ambulatori, posti letto ecc.) e per innovare l'organizzazione di alcuni di tali asset (ad esempio aree di ricovero multi specialistiche con particolare finalizzazione: post acuto, urgenza, ecc.);
 - il dipartimento ed i programmi/gruppi di lavoro interdipartimentali (service lines/care centers) presidiano il disease management (e l'integrazione didattica-ricerca-assistenza).





Azienda Sanitaria di Firenze

Lean organization per linee di produzione in ospedale

Dipartimenti ospedalieri

Emergenza Chirurgico Oncologico Diagnostica Laboratori Medico Materno **Terapie** Infantile Intensive Immagini Linea della Chirurgia programmata Linea della Chirurgia in urgenza Linea della High Care medica **Linea Outpatients** Percorso Nascita **Linea Low Care**



How we operate

We are organised into four clinical divisions, each headed by a senior consultant and a general manager. Within these divisions there are individual service directorates also led by senior consultants.

Clinical Head of Division: Dr Andrew Scott General Manager: Pat Higgins

- . Accident and Emergency (Mr Alan Pennycook)
- . General Medicine (Dr King Leong)
- Medicine for the Elderly and Rehabilitation (vacant)

Surgery and Anaesthesia

Clinical Head of Division: Mr Gerry O'Sullivan General Manager: Amanda Farrell

- · General Surgery/Urology (Miss Carol Makin)
- Musculoskeletal (Mr Richard Parkinson)
- . Special Surgery (Mr Som Prasad)
- Theatres and Anaesthetics (Dr Conor Devlin)

Women and Children

Clinical Head of Division: Mr David Rowlands General Manager: Jo Goodfellow

- Wirral Services for Child Health (WiSCH)
- Women's Services (Mr Mark Doyle)

Clinical Head of Division: Dr Joyce Magennis General Manager: Alistair Bardsley

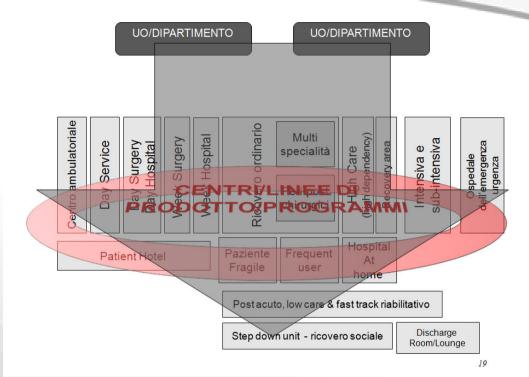
- . Laboratory Medicine (Dr David Agbamu)
- · Radiology (vacant)

There are also a number of corporate and support functions:

- . Operations and Facilities
- · Finance and Supplies
- . Human Resources/Organisational Development
- . Clinical Practice Research Unit
- Corporate Secretary and Membership Management
- · Strategic Development
- Risk Management
- In addition, Wirral Health Informatics Service (WHIS) co-ordinates the development of all aspects of information technology, including patient care and

business systems, across the NHS in Wirral.





No "one best way" Principi condivisi Soluzioni su misura



Precauzioni per l'uso



Ripensare l'organizzazione 1/2

Alcuni importanti momenti di discontinuità

- → Tutor medico
- → Criteri di ingresso nell'high care
- → Infermiere referente per paziente nelle aree multispecialistiche e gestione staff assistenziale in relazione ai carichi della complessità assistenziale
- → Discharge manager nel sub-acuto e post-acuto o dovunque si rende importante la continuità assistenziale (con possibile contatto in ospedale con MMG-hospitalist)
- → Flow manager in pronto soccorso e nell'area ricovero medica



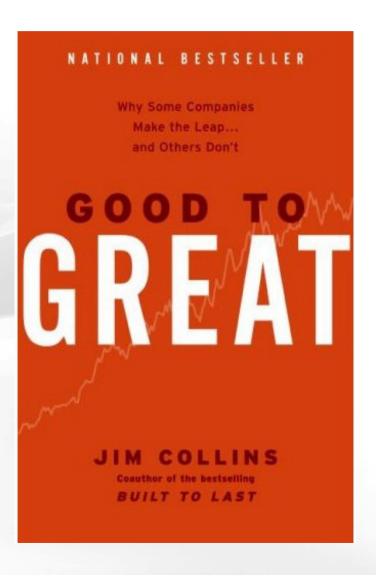
Ripensare l'organizzazione 2/2

- → Criteri per la gestione liste di attesa per domanda e gravità (ed eventualmente specifici indirizzi strategici/programmatori)
- → Procedure per gestione operativa (allocazione) del PL/sala operatoria/ambulatorio nei reparti/piattaforme multispecialistiche
- → ingegnerizzazione del processo a tre stadi del paziente chirurgico: preoperatorio fase acuta fase post acuta



Perché alcune organizzazioni fanno il "salto" verso l'eccellenza?



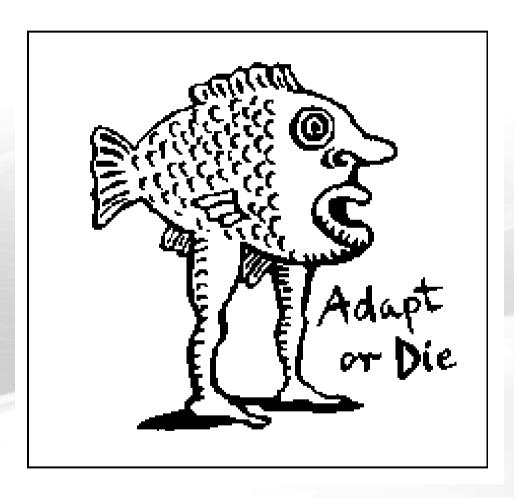




Riflessioni conclusive



Riflessioni conclusive



Prime evidenze di recupero di efficienza e produttività e di migliore gestione del paziente fragile e/o complesso (ma serve una misurazione più robusta)

Ampia aneddotica su problemi, resilienza, strumentalizzazioni, mezza marcia indietro (ma l'evoluzione andrà avanti comunque...)

La sofisticazione dell'organizzazione deve andare in parallelo con quella dei metodi e ruoli gestione



Take-home

La riflessione dovrebbe centrarsi su come far coevolvere l'organizzazione ospedaliera con i cambiamenti nella epidemiologia/demografia della popolazione ospedaliera e nelle tecniche di intervento

Un ospedale è certamente più dei suoi professionisti, ma non sarà mai meglio dei suoi professionisti

