

Dai percorsi ai processi nella gestione clinica dei SerD

LUCIA FERRARA, PhD, MSC

*SDA Bocconi, School of Management – Divisione Government,
Health & Not For Profit
Ricercatore CERGAS*

2 9 LUGLIO 2020

**SerD e malattia da Covid-19:
fase 2 e indicazioni operative**

Premessa: un Sistema Sanitario in forte cambiamento

Assetti istituzionali in movimento Aziende sanitarie pubbliche

Spinta
prevalente dei
PdR

Si riorganizzano anche i SSR
in equilibrio, sulla spinta di
politiche regionali

Evoluzione numero aziende sanitarie pubbliche (1995-2017)

Recenti riassetti istituzionali (2015-2017)

- Piemonte: ASL unica città di Torino
- Lazio: 3 ASL del Comune di Roma, integrazione con AO
- Lombardia: ATS e ASST
- Toscana: 3 ASL
- Veneto: Azienda zero e 9 ULSS
- Emilia Romagna: integrazione Asl e Azienda Ospedaliera (Reggio Emilia)

	1995	2001	2005	2008	2010	2015	2016	2017	Var % 2001-2017
Popolazione media per ASL	292.450	294.129	317.734	383.969	413.290	437.379	433.325	504.912	+72%

Accorpamenti aziendali

Criticità: nuove formule di gestione delle filiere di offerta

- Territori aziendali sempre più ampi
- Domanda di popolazione sempre più complessa
- Competenze clinico assistenziali frammentate sul territorio

- Le strutture organizzative non riescono a orientare la domanda di salute più complessa
- Associare la valutazione sanitaria a quella socio sanitaria
- Competenze specialistiche nell'accesso ai servizi

Trasformazione dei processi produttivi Dall'ospedale al territorio



Aumento della presa in carico pz anziani (+23%):
utenti anziani assistiti per 100.000 abitanti (da 1700 del 2005 al 2100 del 2012)

Tasso di ospedalizzazione per fasce di età (per 1.000 abitanti) - Attività per Acuti in
Regime ordinario

Riduzione del tasso di ospedalizzazione per popolazione anziana

Spesa pubblica e privata (valori pro-capite in € e valori % della spesa totale) per principali paesi UE (2016 o anno più recente)

	Spesa sanitaria pubblica		Spesa Sanitaria Privata						Spesa sanitaria TOTALE
			Spesa sanitaria privata totale		Out-of-pocket		Per regimi volontari (assicurazioni, altro)		
Paesi UE	Pro-capite	%	Pro- Capite	%	Pro-capite**	%	Pro-capite**	%	Pro-capite
Irlanda	3.086	70%	1320	30%	667	15%	653	15%	4.398
Paesi Bassi	3.484	81%	831	19%	528	12%	303	7%	4.310
Germania	3.635	85%	667	15%	538	13%	129	3%	4.297
Austria	3.156	76%	1018	24%	747	18%	271	6%	4.169
Belgio	2.992	77%	872	23%	680	18%	192	5%	3.872
Francia	2.886	79%	772	21%	249	7%	523	14%	3.661
Regno Unito*	2.621	79%	673	21%	490	15%	183	6%	3.309
Italia	1.849	75%	620	25%	563	23%	57	2%	2.464
Spagna	1.521	71%	624	29%	522	24%	102	5%	2.154
Portogallo	1.060	66%	540	34%	442	28%	98	6%	1.600
Grecia	789	58%	564	42%	508	38%	56	4%	1.353
USA	3.938	45%	4.815	55%	1.054	22%	3.761	78%	8.754
EU15	2.901	78%	810	22%	587	72%	223	28%	3.711
OECD31	2.290	73%	835	27%	562	67%	273	33%	3.126

* Valori in € convertiti al tasso di cambio di mercato al 21/03/2018; ** Valori calcolati applicando ai dati di spesa privata del 2016 la composizione % del 2015; Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati OECD, 2017

*It is time to close the book
on infectious diseases and
declare the war against
pestilence won”*

▮ William H. Stewart (1967) “*Congressional
Testimony of the General Surgeons of the
United States*””

COVID – 19 E L'IPOTESI DEL DOPPIO BINARIO

Alcune scelte di fondo per i sistemi di tutela della salute

1. Conoscenza della malattia e della sua diffusione

2. Strumenti e servizi di offerta

3. Evoluzione

Premessa: elementi distintivi dei SerD

1. Complessità della domanda dei SerD

- Popolazione eterogenea, con presenza di comportamenti rischiosi e con situazioni di grave marginalità sociale
 - Maggiore rischio di infezione da COVID-19
 - Categoria a più alto potenziale di gravità per la salute pubblica
- Molti pazienti in carico ai SerD: elevata afferenza, frequenza anche giornaliera, presenza di pazienti in carico immunocompromessi
- Mix di condizioni in carico ai SerD
 - Tossicodipendenza – dipendenze
 - Malattie infettive (es. HIV/AIDS, tubercolosi, epatici, ecc.)
 - Comorbidità (dipendenza – psichiatria)
 - Carcere
 - Invecchiamento – condizioni croniche

2. Complessità dell'offerta di trattamento

- 568 servizi in 628 sedi ambulatoriali SerD e 908 strutture socioriabilitative private accreditate
(*Relazione annuale al parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia – 2019*)
- Autonomia, isolamento e eterogeneità dei SerD
 - Notevole differenziazione intra-regionale nei modelli organizzativi dei SerD, che si aggiunge a quella inter-regionale.
 - Offerta dei servizi pubblici delle dipendenze presenta una forte variabilità regionale sul territorio nazionale
 - Autonomia, o piuttosto l'isolamento dei SerD all'interno delle aziende sanitarie, è divenuta una criticità nella misura in cui risultano marginalizzati rispetto ai generali processi di riconfigurazione delle aziende sanitarie. Fine dei "pianeti isolati", dell'autarchia, dell'autoreferenzialità
- Filiera di attori molto ampia: molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'azienda unità sanitaria locale (distretto, ospedale, ecc.), servizi a bassa soglia (unità di strada...) nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio
- Questione delle risorse: limitate a fronte delle sfide e complessità da affrontare

3. PDTA e introduzione di modelli di clinical governance per le dipendenze

- Attualmente la dipendenza non rientra tra le patologie croniche individuate dal Piano Nazionale della Cronicità (PNC)
- Diffusione di modelli di presa in carico della cronicità per dipendenze?
 - *Chronic care model*
 - *Disease management*
 - *Clinical governance*
 - ...
- Come si governa il PDTA?
 - Allineamento professionale: condivisione di approcci e strategie cliniche, interdisciplinarietà degli interventi
 - Coordinamento delle sequenze operative a cavallo tra strutture organizzative, piattaforme operative e aziende: abbattimento della variabilità artificiale prodotta dalle scelte di organizzazione
 - Programmazione delle risorse di processo e non solo di struttura organizzativa
 - Monitoraggio periodico delle performance di PDTA

Le Sfide per i SerD

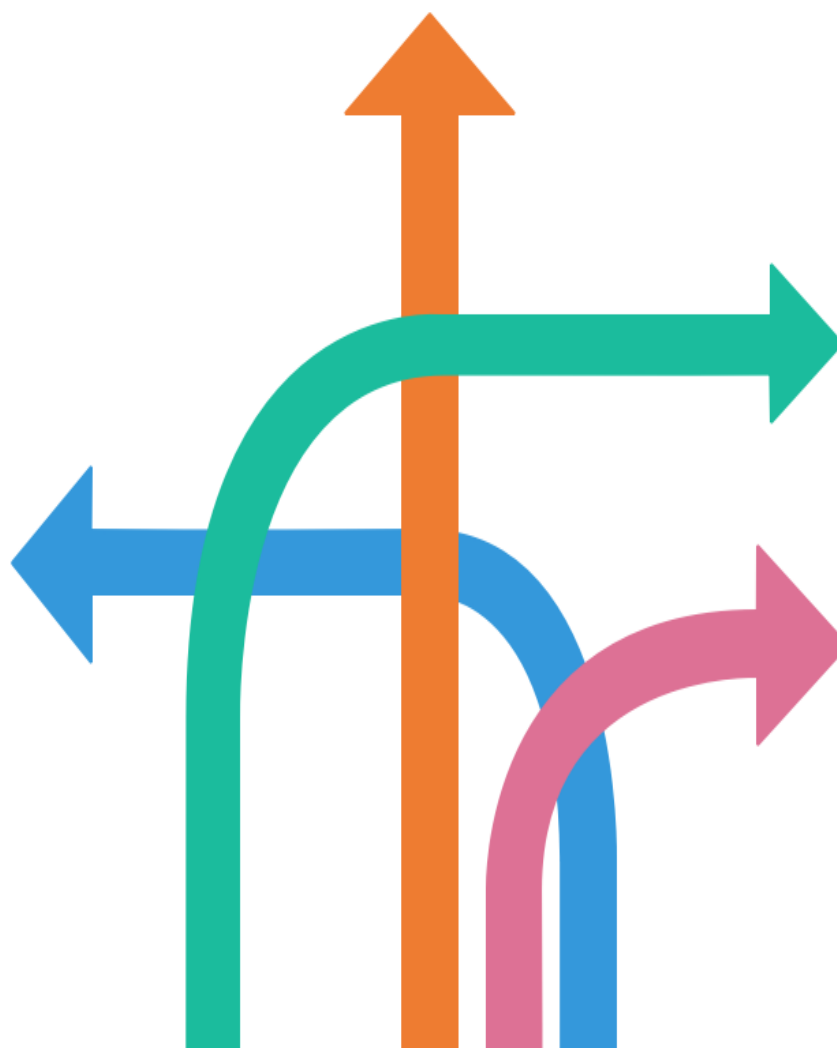
2. Integrare la rete dei servizi

1. Orientare offerta rispetto
al bisogno

3. Passare da una logica di
struttura a una logica di
processo

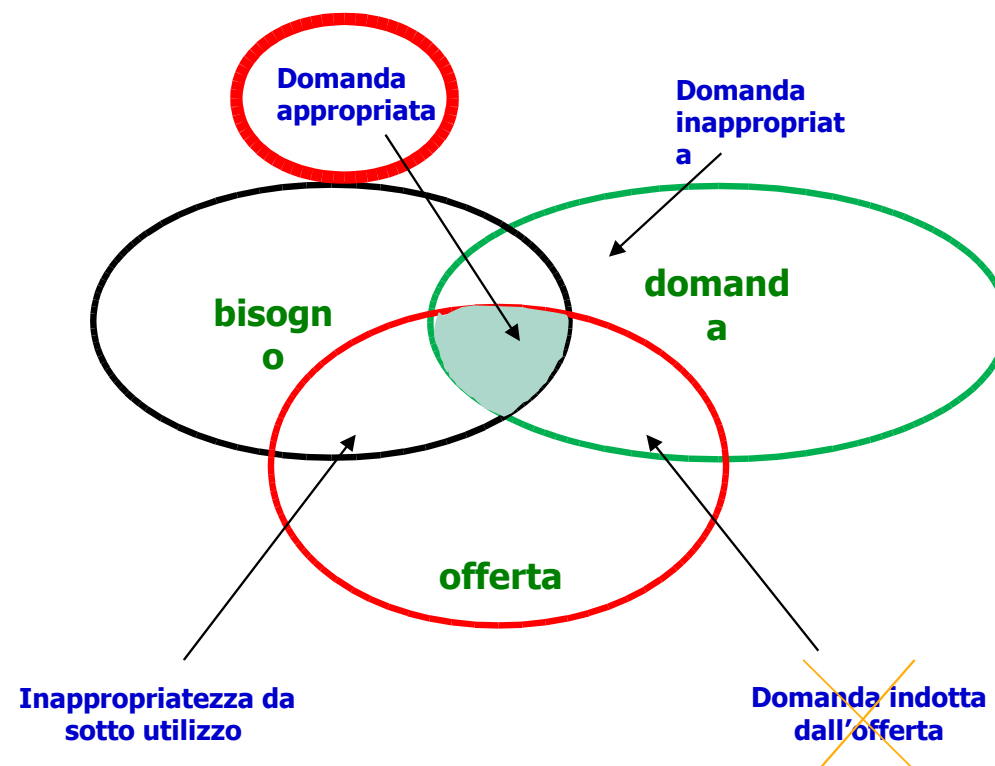
4. Assetti organizzativi e
adeguamento delle risposte
ai cambiamenti

Le Sfide per i SerD

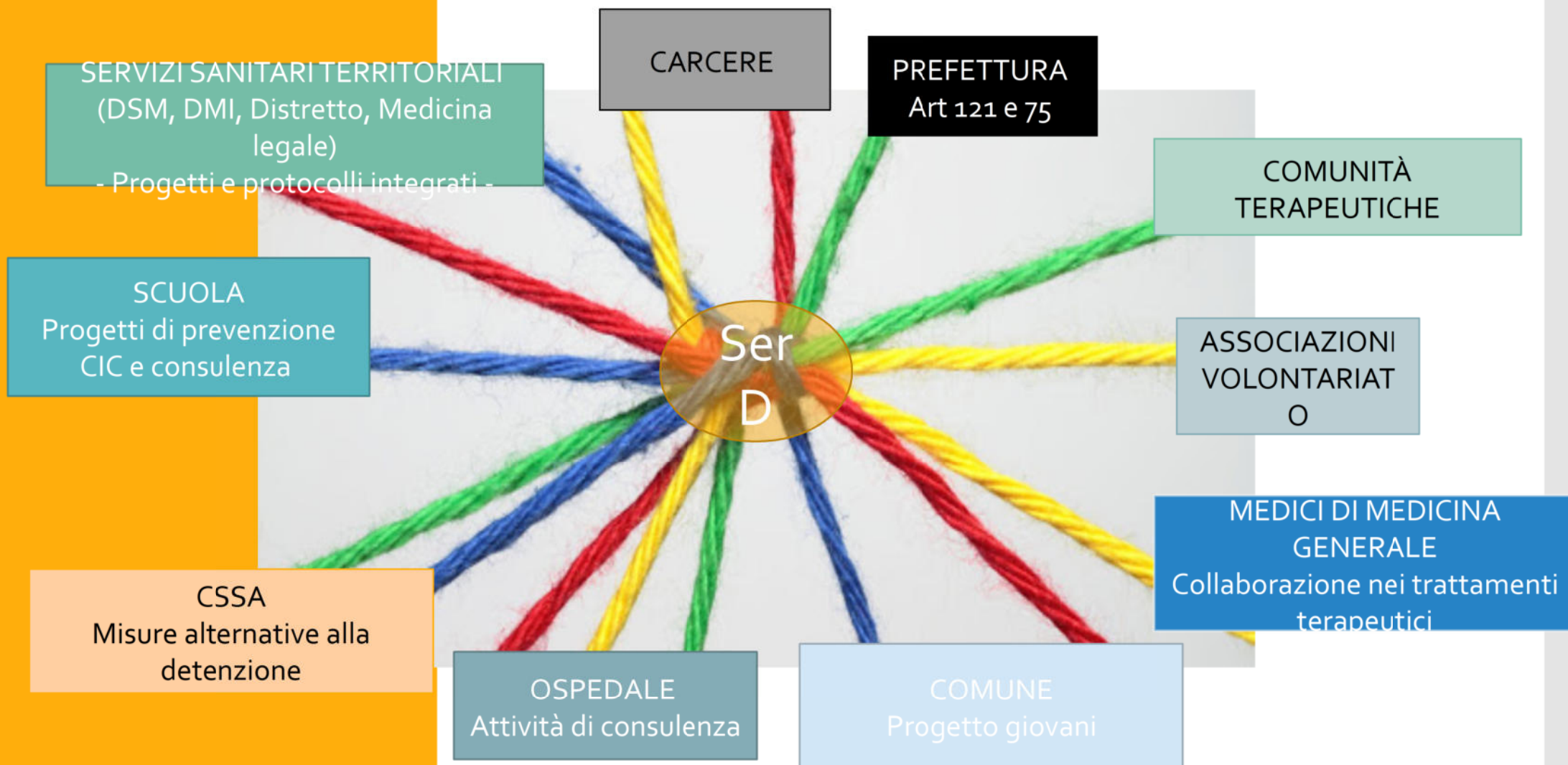


1. Orientare l'offerta rispetto al bisogno

- Intercettare il bisogno di salute: nuovi bisogni, bisogni emergenti, bisogni insoddisfatti
- Prevenzione, sensibilizzazione, Counselling, linkage to care...
- Doppio binario: identificare la popolazione vs proteggere popolazione e il personale



2. Integrare la filiera dei servizi e i percorsi di presa in carico



Un settore che reclama l'integrazione ma fa fatica a ripensarsi

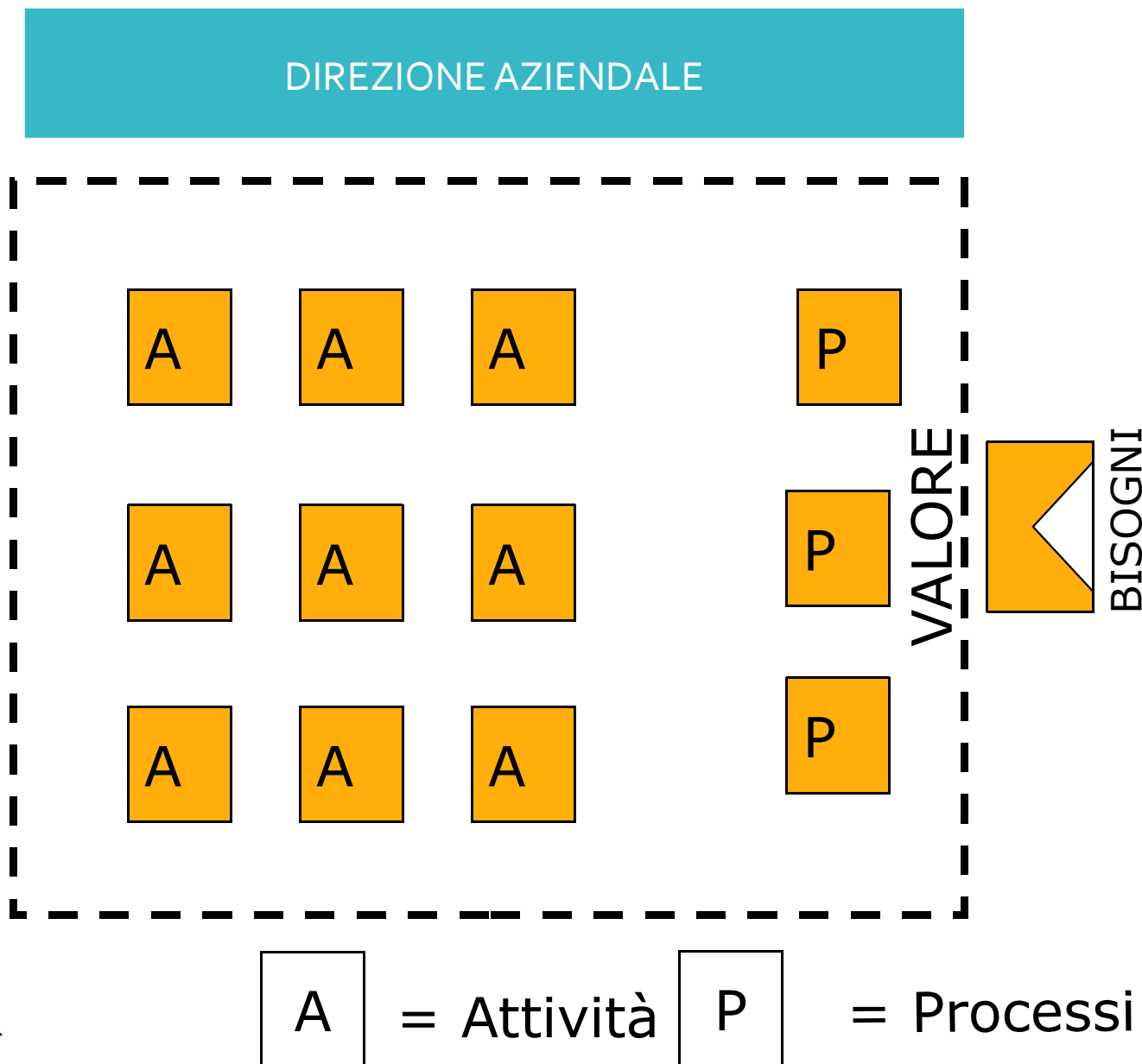
3. Dalla responsabilità di struttura a quella di processo

Da un livello prestazionale per singola fase al processo?

La presa in carico come processo unitario di gestione?

Quali responsabilità sul processo e non solo sulle strutture di offerta?

RISORSE



4. Assetti organizzativi e adeguamento delle risposte ai cambiamenti



- Come ripristinare il percorso di cura?
- Come rimodulare l'offerta delle cure nell'immediato futuro?
- Possiamo immaginare un allentamento dei follow up distanziando ulteriormente i controlli per rendere il ritorno alla normalità più gestibile?

- **Doppio binario:**
 - Immaginare modi nuovi per l'assistenza quotidiana: convivenza con il virus e necessità di fare sorveglianza
 - Gestione della popolazione sana (sorvegliando che rimanga tale) e di quella infetta e post infetta
- Sviluppare la gestione operativa dei servizi territoriali e revisione dei modelli di servizio:
 - Revisione del sistema delle agende e del sistema di prenotazione
 - Messa in discussione della sincronia spazio-tempo
 - Tema dell'attesa e degli spazi condivisi
 - Formule di servizio differenziate per target di pazienti
- Revisione dei modelli di erogazione dei farmaci
- Lavorare in rete: forme di supporto personalizzato
- Nuova commistione tra servizi alla persona e servizi di comunità
- **Evitare l'effetto "Ebola"**

LUCIA FERRARA
Government, Health &
Not for Profit
lucia.ferrara@unibocconi.
it

SDA Bocconi School of Management
Via Sarfatti, 10 - 20136 - Milano – Italy
www.sdabocconi.it
www.unibocconi.it

Thank You