

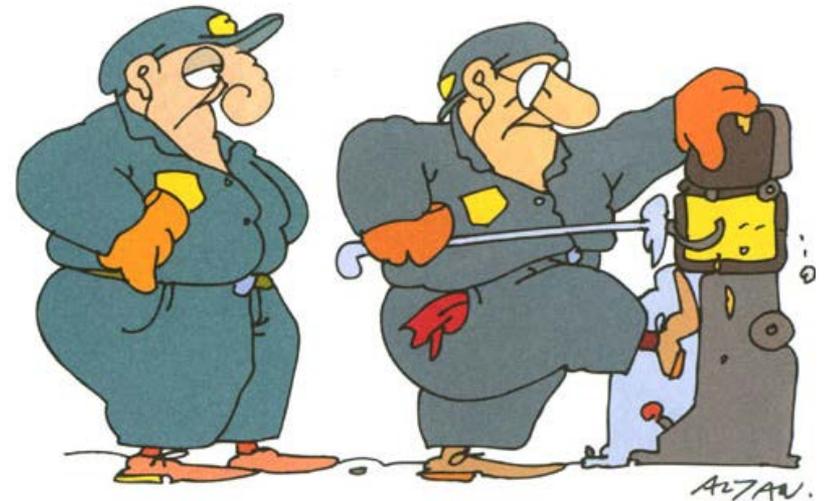
# AAA...cercasi nuovi ospedali (e aziende sanitarie)

Federico Lega

*Quelli con la tuta  
blu....*

QUA NON  
SI VA AVANTI,  
CIPPA.

SI VEDE CHE ABBIAMO  
I COGLIONI LISCI.  
PROVIAMO A MONTARGLI  
LE CATENE.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE PER LA SALUTE

HEAD - Centro di Ricerca e Alta Formazione in Health Administration

- Una nuova normalità
- Discontinuità organizzative radicali



# Le spinte

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



# 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)**

**Reti strutturate**

**Disease Management (efficacia e appropriatezza dei processi di cura)**

**“Traslazione” ricerca (e didattica) sui processi clinici**



# Il “Patient-flow”

Efficienza e 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
- Ottimizzare i tempi di attesa e superare il modello Batch&Queue della produzione a “lotti” in sequenza

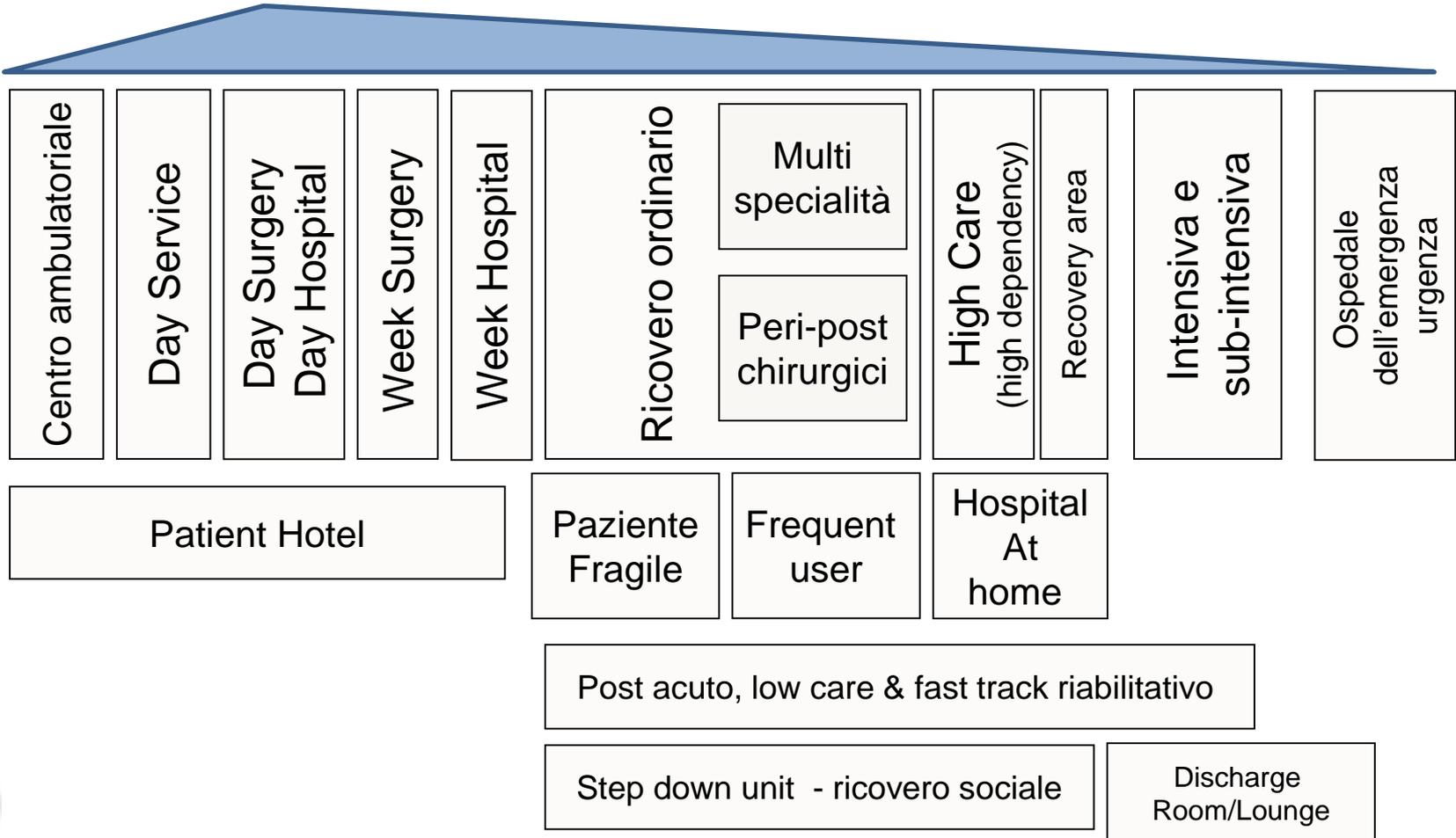
- “A nessuno piace stare in ospedale”
- “Ogni paziente ha tutto l’interesse ad essere trattato il più velocemente possibile”
- “Il tempo del paziente non è tempo libero/gratis”
- “Occorre costruire il servizio reso a misura dei bisogni di assistenza del paziente”

*(The Mount Sinai Medical Center of NY 1995)*



# Gestione operativa

- Paziente chirurgico programmato
- Paziente chirurgico urgente
- Linea ambulatoria
- Pronto Soccorso
- Sale operatorie
- Tecnologie
- Posti letto



## 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)

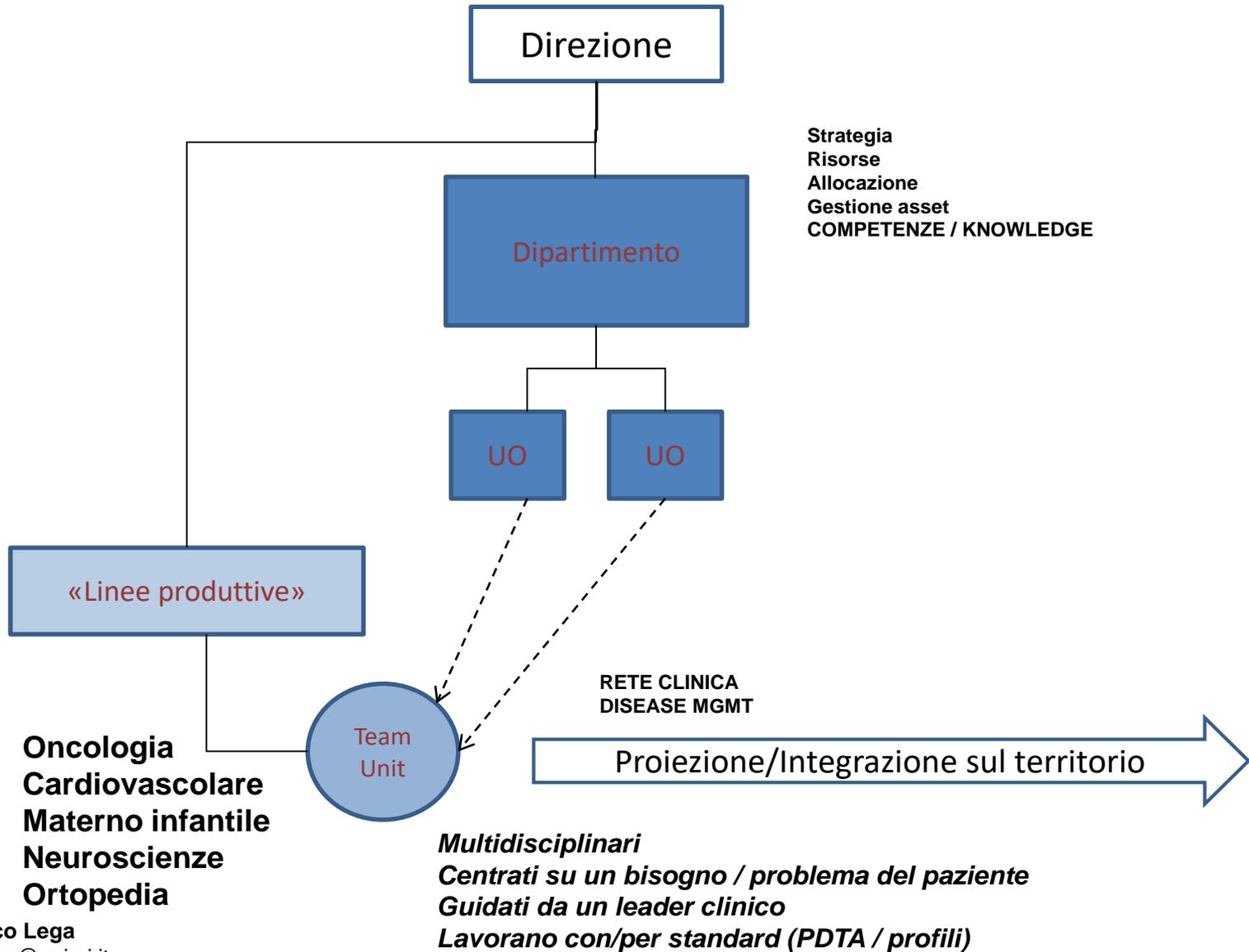
There are also a number of corporate and support functions:

- 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.

# La “trasversalità”

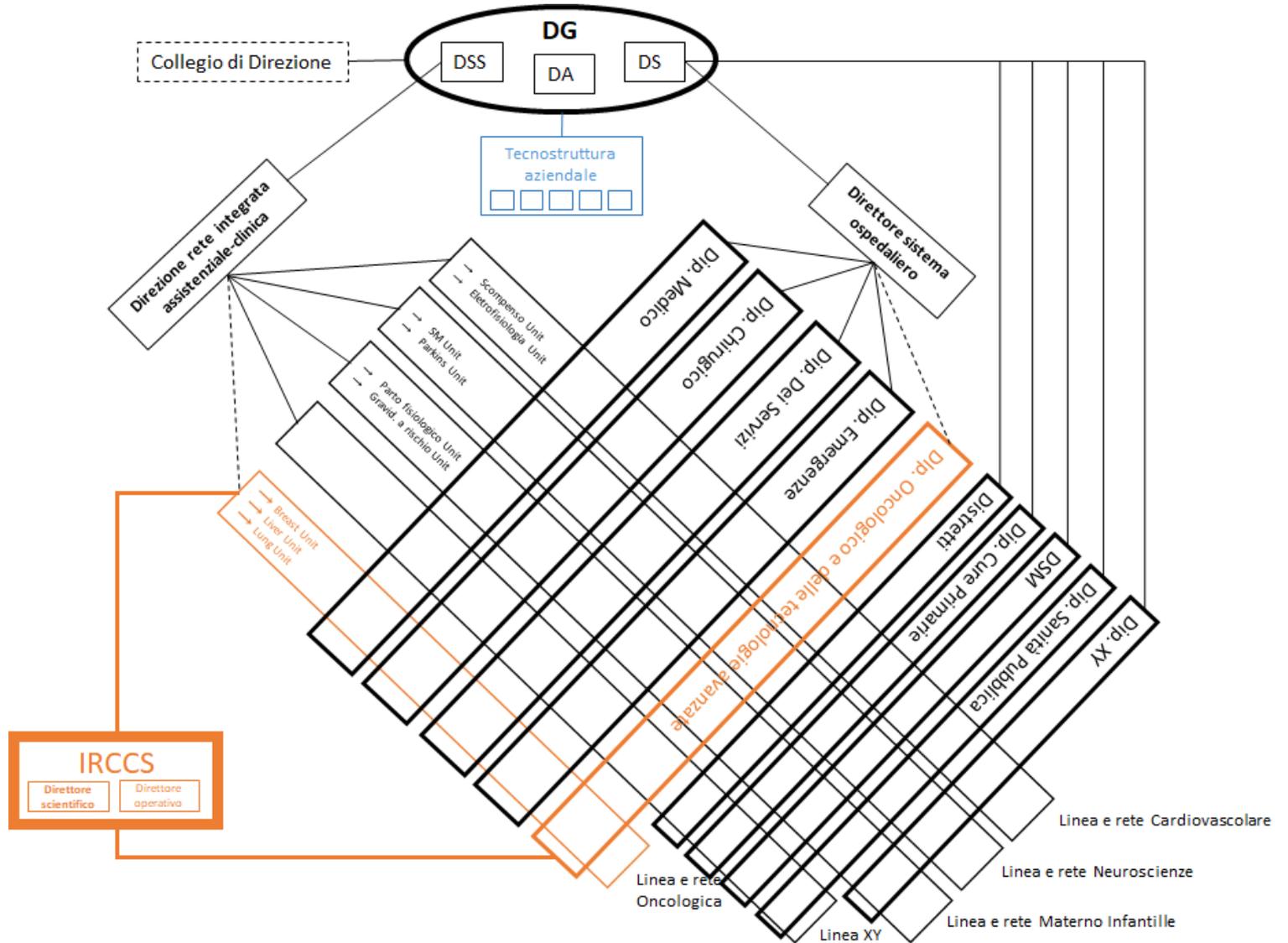
Multidisciplinarietà e multiprofessionalità



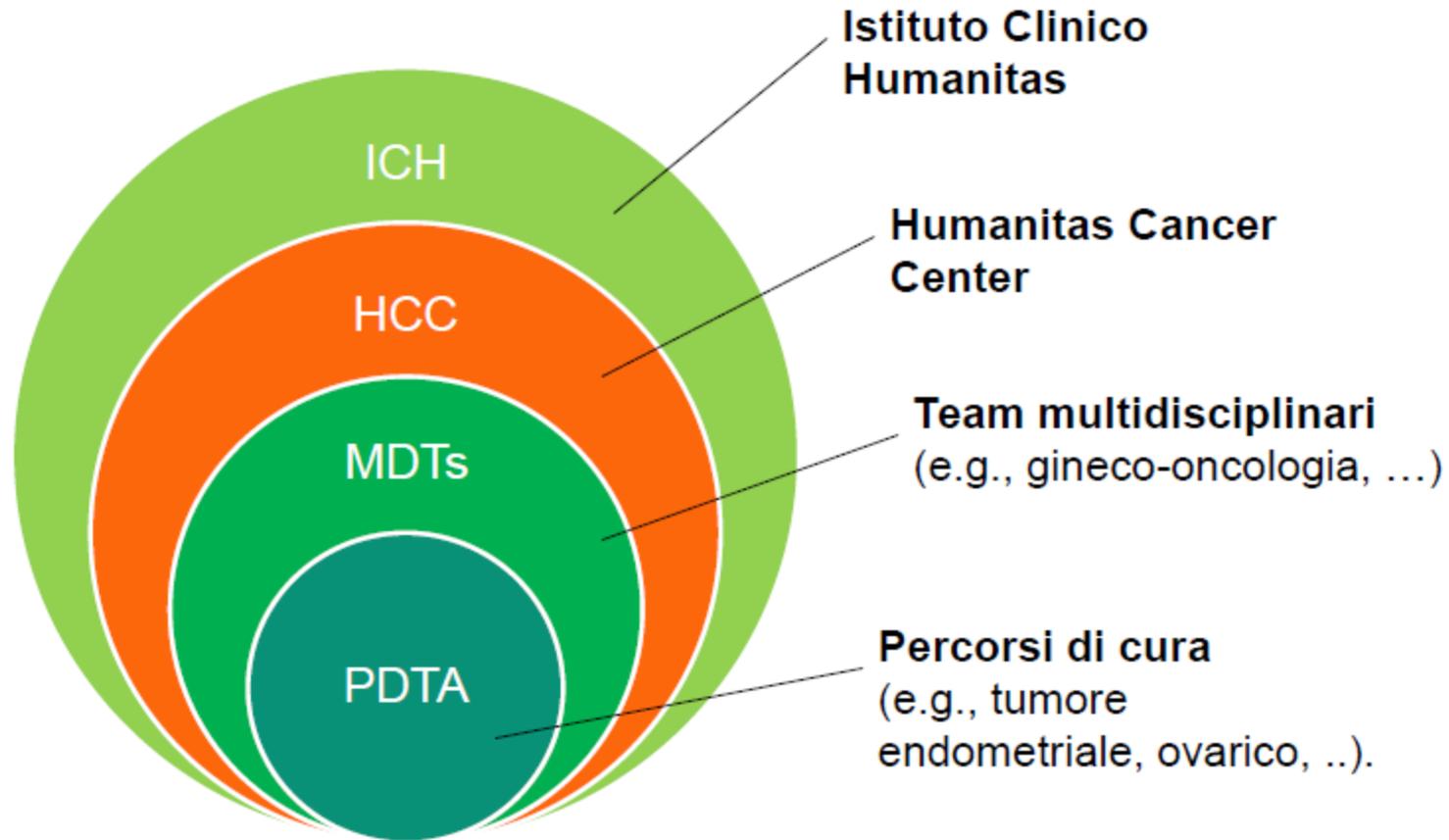
# Le “Clinical Service Lines”

- 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):





# Il cancer center di Humanitas





# DAGLI ASSET AI PROCESSI



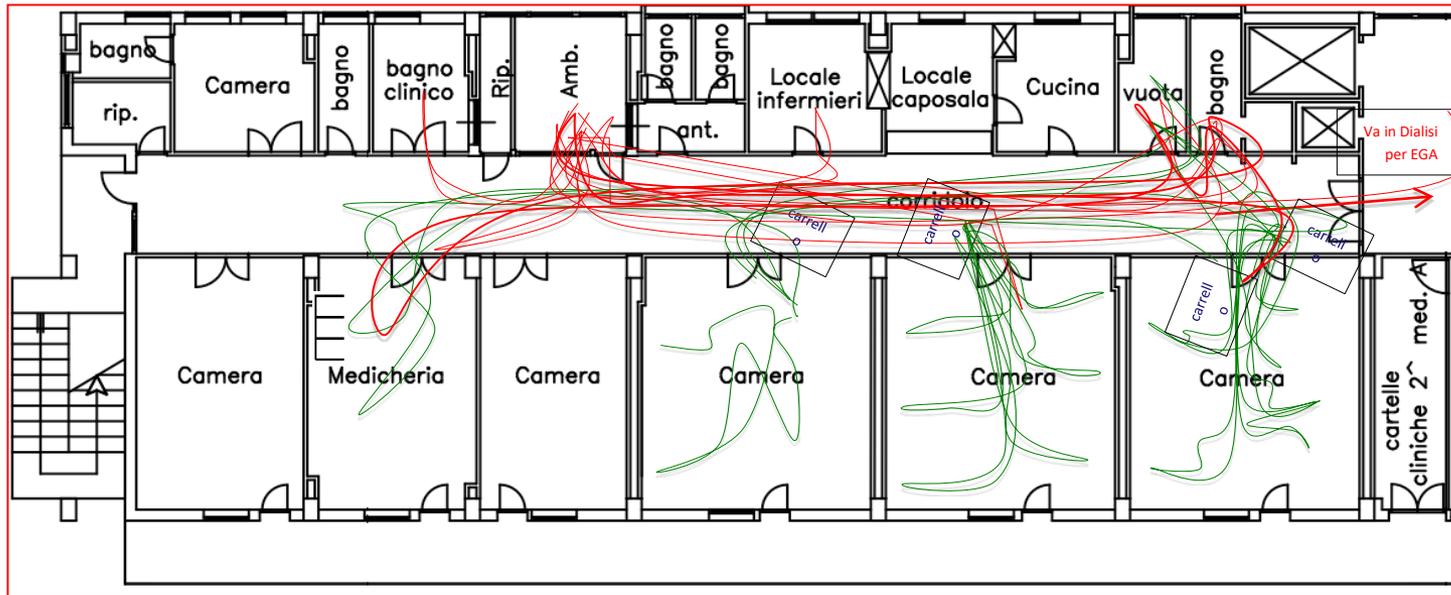


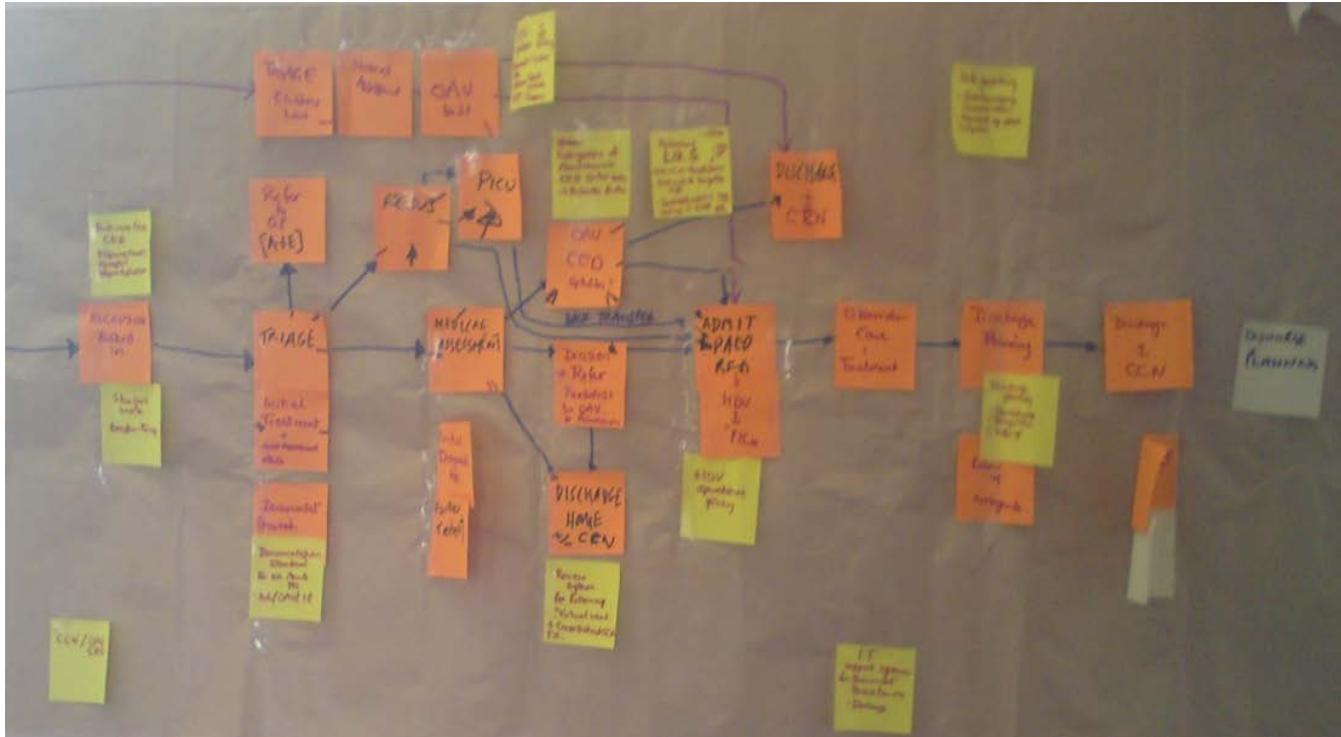
Anna



Paolo

timeline



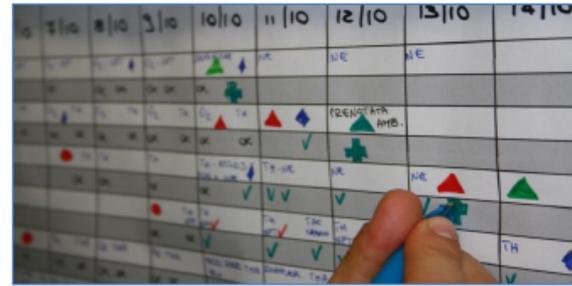


Fonte: Laboratorio di logistica del paziente



# Il Piano Per Ogni Paziente

LEGENDA PPB	
	Dimissione effettiva
	Ammissione al reparto
	Data prevista per la dimissione
	Data riprogrammata per la dimissione
	Punto di decisione
RX	Rx in generale
ECG	ECG
ECOC	Ecocardiogramma
EcoAd	Ecoaddome
TAC	TAC in generale
IV	infusione endovenosa
ET	Trasfusione Sangue
Alb	Infusione Albumina
EGA	Emogasanalisi
ENDO	Endoscopia digestiva
PARA	Paracentesi
TORA	Toracentesi
O <sub>2</sub>	Ossigenoterapia
Ⓜ	Attesa risultati
BX	Biopsia in generale
TH	Terapia in generale
?	da rivalutare
CONS	Consulenza altra U.O.
VIS	Visita presso altra U.O.
OK	Conferma attività



	lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
PLAN							
ACTUAL							

Fonte: Guercini, AO di Siena, Presentazione Reggio Emilia, 16 marzo 2017

Fonte: Laboratorio di logistica del paziente



# Visual Management

## L'esempio dell'ospedale Galliera



Fonte: Laboratorio di logistica del paziente



# Visual Management L'esempio dell'ospedale di Lucca

The screenshot displays a web-based interface for managing hospital beds. At the top, it shows the user 'CAMPANI ALESSANDRO - USL3 LUCCA - 09/08/2013'. Below this, there are search filters for 'Presidio' (Hospital) and 'Aspetto Rispetto' (Status). The main area is divided into several 'CAMERA' (Room) sections, each containing individual patient cards. Each card provides details such as the patient's name, age, date of admission, department, and a list of diagnoses. For example, in 'CAMERA 1', 'LETTO 3/1', patient 'GIUSTI MARIA ANZELA' is listed with a diagnosis of 'cafelexia repleta'. The interface uses color-coding (green for available, red for occupied) and icons to represent different patient statuses and room configurations.

Fonte: Laboratorio di logistica del paziente



# Ripensare i servizi territoriali e l'integrazione con l'ospedale

- Il paziente evoluto e glocal
- La cronicità ed il cronico-degenerativo (continuità)
- Gestione integrata dei determinanti della salute
- L'evoluzione tecnologica
- EBM e soluzioni costo/efficacia

# dalla Compliance alla Concordance:

- Negoziazione tra uguali al fine di una alleanza terapeutica.
- L'alleanza può concludersi con un accordo o meno, ma la sua forza sta nella assunzione del rispetto delle necessità e dei desideri del paziente e nella creazione di un rapporto aperto, tale che il medico ed il paziente procedano realmente insieme, senza reciproca sfiducia od incomprensione.

# Community Oriented Primary Care

- la sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione;
- l'identificazione dei bisogni di salute della comunità;
- l'implementazione di interventi sistematici, con il coinvolgimento di specifici gruppi di popolazione (es: rivolti al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita);
- il monitoraggio dell'impatto di tali interventi, per verificare i risultati raggiunti in termini di salute della popolazione;
- *la medicina d'iniziativa*

## **KAISER PERMANENTE Kp**

**8,6 milioni di assistiti in USA**

**11000 medici**

**130000 altri dipendenti**

**30 ospedali**

**431 centri sanitari**

**Fatturato 35 miliardi \$**

- **Un posto letto ospedaliero per 1000 abitanti**
- **301 giornate di degenza per 1000 abitanti**
- **Durata media degenza 3,2 giorni**

### **Media Paesi Europei più virtuosi**

- **3-4 posti letto ospedalieri per 1000 abitanti**
- **1000 giornate di degenza per 1000 abitanti**
- **Durata media degenza 5-6 giorni**

# Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

Richard G A Frachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

## Abstract

**Objective** To compare the costs and performance of the NHS with those of an integrated system for financing and delivery health services (Kaiser Permanente) in California.

**Methods** The adjusted costs of the two systems and their performance were compared with respect to inputs, use, access to services, responsiveness, and limited quality indicators.

**Results** The per capita costs of the two systems, adjusted for differences in benefits, special activities, population characteristics, and the cost environment, were similar to within 10%. Some aspects of performance differed. In particular, Kaiser members experience more comprehensive and convenient primary care services and much more rapid access to specialist services and hospital admissions. Age adjusted rates of use of acute hospital services in Kaiser were one third of those in the NHS.

**Conclusions** The widely held beliefs that the NHS is efficient and that poor performance in certain areas is largely explained by underinvestment are not supported by this analysis. Kaiser achieved better performance at roughly the same cost as the NHS because of integration throughout the system, efficient management of hospital use, the benefits of competition, and greater investment in information technology.

country-level international comparisons using data from the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)<sup>1</sup> or the World Health Organization.<sup>2</sup> Comparative studies usually conclude that the United States has high costs and poor population health outcomes. Beneath this accurate overall observation, however, lies the multiplicity of different healthcare systems operating and often competing within the United States.<sup>3</sup>

In many ways Kaiser Permanente is like the NHS, providing a similar range of services for a population equivalent to that of a small country. Founded in 1945, it is roughly the same age as the NHS and has had the same amount of time to evolve and adapt to new circumstances. Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals are integrated with independent physician group practices called Permanente Medical Groups. The health plan is the insurance arm of the organisation, while the hospitals and medical groups provide all clinical services. To the public these entities are seen as one organisation, which is commonly referred to as Kaiser. Kaiser has 8.2 million members: 6.1 million in California and the remainder in Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Ohio, Oregon, Virginia, Washington, and the District of Columbia.<sup>4</sup> We compared Kaiser's California region with the NHS because it represents the model most similar to the NHS. In California, doctors in the Kaiser system (both primary care and specialist) are shareholders or

---

*Edited by Smith*

---

Institute for Global Health, University of California, San Francisco and Berkeley, CA 94105

Richard G A Frachem  
Director

Karen L White  
Program  
Development Officer

Healthcare  
Realign Group,  
Alameda, CA 94502

Neelam K Sekhri  
Chief Executive Officer

Correspondence to:  
R Frachem  
rfrachem@  
paganof.edu

BMJ 2002;325:115-15

# Kaiser Permanente

- **Primary care facilities** : da 20 a 40 MMG che lavorano in forma associata (in media gruppi di 6 medici) coadiuvati da altri professionisti come gli assistenti medici (physician assistants) e gli infermieri di famiglia (nurse practitioners), includono i servizi specialistici ed hanno laboratori, radiologia e farmacia.
- Un sistema di monitoraggio rileva per ogni MMG il tasso di copertura di quel determinato intervento specificando il denominatore (assistiti interessati all' intervento), il numeratore (numero di assistiti sottoposti all'intervento), il numero di pazienti che mancano per raggiungere l'obiettivo (members needed to reach benchmark) e infine il posto in classifica in relazione al raggiungimento degli obiettivi (your rank in your department). Tutte queste informazioni sono visibili in tempo reale da tutti gli operatori grazie ad un sistema operativo molto evoluto (Kp-Health Connect)

# Kaiser Permanente

## Population management

More than care and case management

### Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

### Level 3

As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

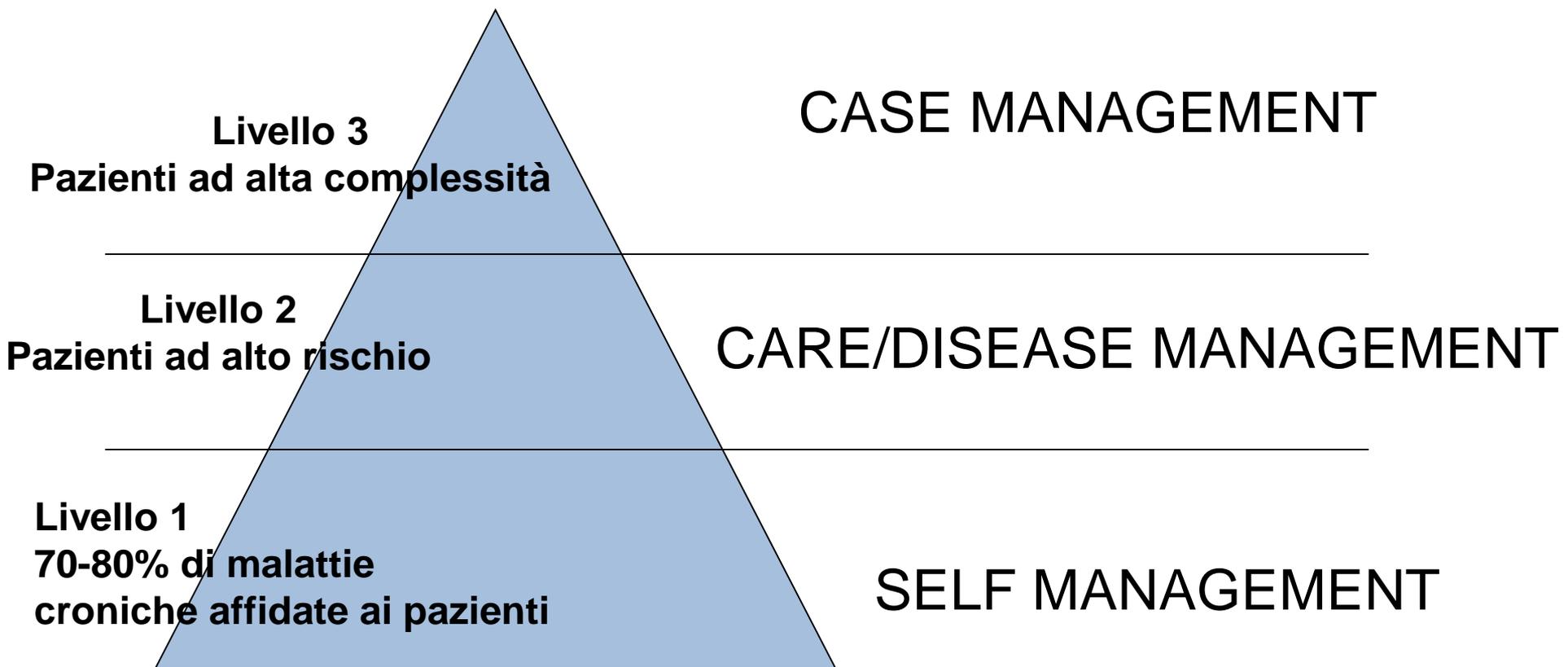
### Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

### Level 1

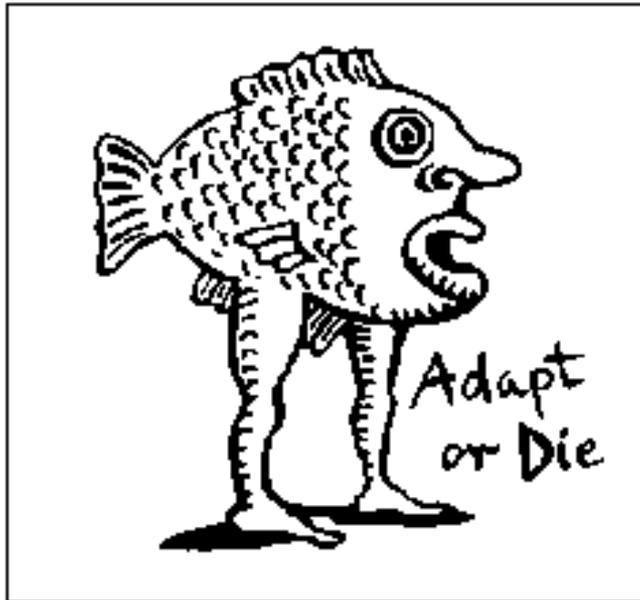
With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.





# Kaiser Permanente

- **Una forte integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera (e cure intermedie)**
- Tutti i professionisti sono coinvolti in un modello di cura che privilegia finchè possibile il trattamento delle malattie al di fuori dell'ospedale e che tende a ridurre al minimo la fase dell'ospedalizzazione.
- L'adozione di percorsi assistenziali è la regola.
- Medici ad hoc (hospitalist) lavorano per facilitare e coordinare le dimissioni ospedaliere avvalendosi anche di strutture di cure intermedie (skilled nursing facilities) finalizzate al rapido recupero funzionale dei pazienti e al loro rientro a domicilio.



Nuovi campi di gioco

Nuovi ruoli

Nuovi schemi

Tattica

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