



I flussi del paziente tra dinamiche professionali, razionalità tecniche e cambiamenti organizzativi

M. Del Vecchio

Diverse logiche/prospettive/razionalità nel funzionamento

- Tecnico operativa: collegata alla efficienza dei processi fisici (economie di scala, sequenza delle operazioni, percorsi fisici, ...)
- Sanitaria: collegata ai saperi professionali e alle condizioni che ne consentono la migliore applicazione nelle specifiche fattispecie
- Organizzativa: collegata al tema di come assicurare la cooperazione tra individui e partizioni organizzative in vista di un fine unitario
- Economico – manageriale: collegata alla necessità di selezionare i corsi di azione complessivi e assicurarne il concreto perseguimento da parte di sistemi complessi immersi in un ambiente che esprime vincoli e stimoli

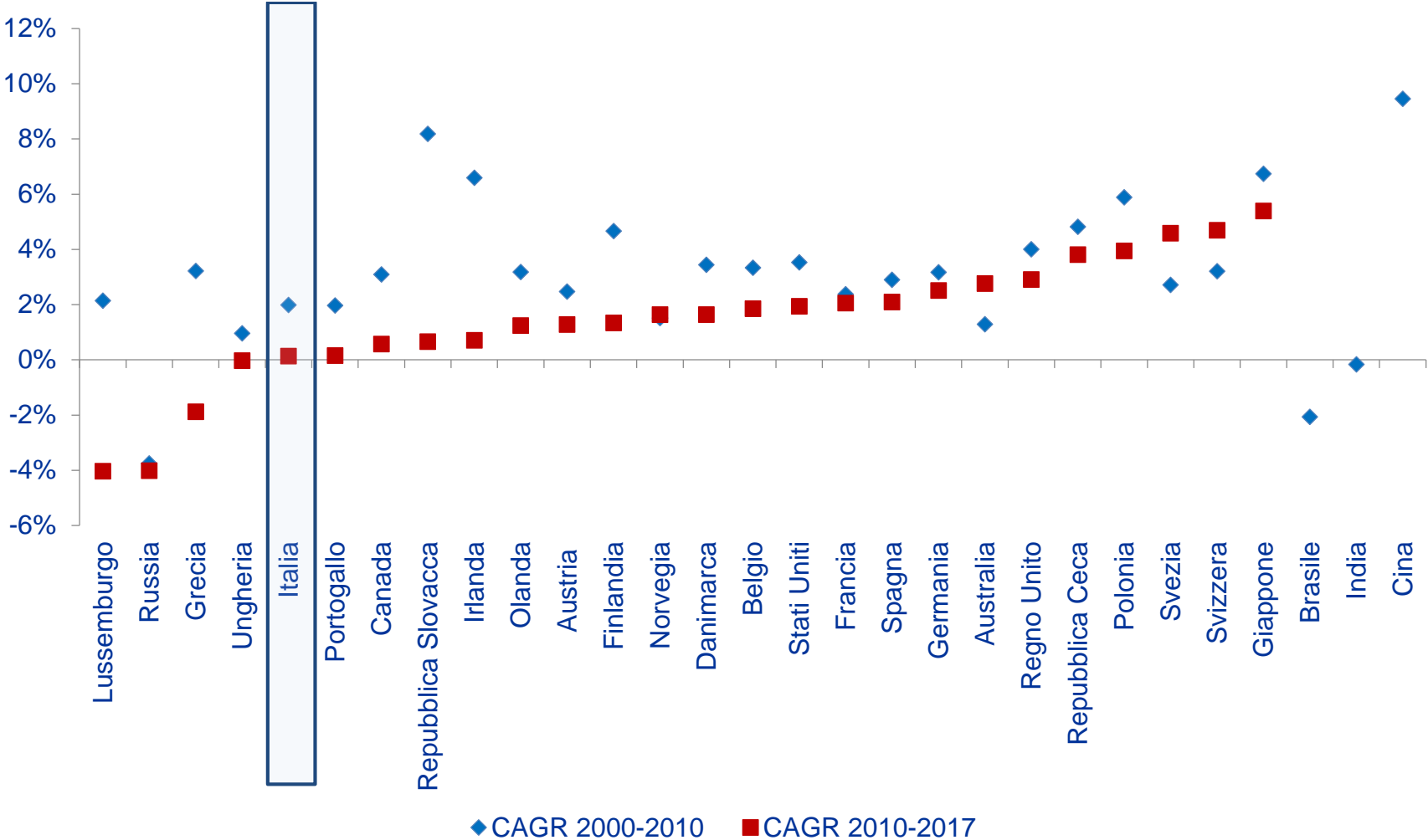


Il modello di riferimento fino a tempi recenti

- Enfasi prevalente sulla razionalità sanitaria, anche in presenza di crescenti vincoli economici
- Dominanza della professione e della prospettiva medica
- Struttura organizzativa unidimensionale (uu.oo. come mini-aziende)
- Sistemi operativi (standardizzazione) deboli (modello *black box* come compromesso rispetto al tema dell'autonomia professionale)



Uno scenario che cambia: le risorse economiche



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019 e Fondo Monetario Internazionale 2019



Uno scenario che cambia: le risorse reali

Anno	Medici	Ruolo sanitario	Altro personale	Totale
2001	112.539	337.409	238.430	688.378
2002	114.662	339.340	238.682	692.684
2003	113.953	338.533	234.693	687.179
2004	115.580	340.815	232.145	688.540
2005	115.829	342.989	229.583	688.401
2006	116.919	342.434	227.152	686.505
2007	116.766	341.455	223.976	682.197
2008	118.041	345.080	226.735	689.856
2009	118.773	346.840	228.103	693.716
2010	117.225	346.025	225.597	688.847
2011	115.449	344.234	222.858	682.541
2012	114.640	340.741	218.035	673.416
2013	113.803	339.890	216.548	670.241
2014	112.741	337.397	213.658	663.796
2015	110.909	333.508	209.054	653.471
2016	110.501	331.192	206.970	648.663
2017	110.885	331.050	205.113	647.048
2001-10	4,2%	2,6%	-5,4%	0,1%
2010-17	-5,4%	-4,3%	-9,1%	-5,8%

**Età
Media:
51 anni**

Fonte: Elaborazioni OASI cap. 2 su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale



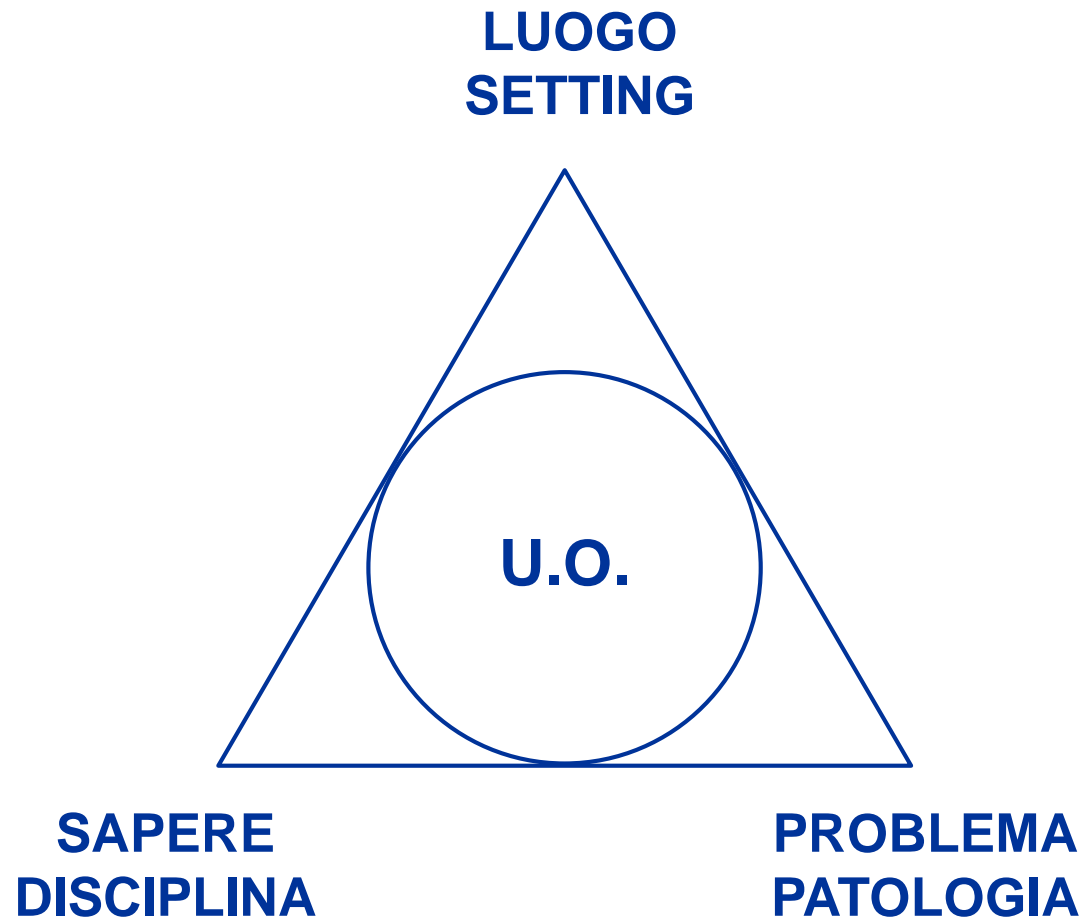
Uno scenario che cambia: la pressione sui servizi e liste

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ gg 2010-17	Δ % 2010-17
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	26,7	26,7	4,0	17,6%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	51,4	53,2	13,0	32,3%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	22,8	23,3	2,8	13,7%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	25,5	26,3	4,8	22,3%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	23,2	26,8	3,6	15,5%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	21,7	30,6	10,0	48,5%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	44,2	47,2	5,2	12,4%
Protesi d'anca	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	80,2	89,9	6,6	7,9%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	23,6	23,2	3,6	18,4%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	89,9	118,5	42,1	55,1%
Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ gg 2012-17	Δ % 2012-17
Chemioterapia	-	-	22,2	18,1	11,7	11,3	10,0	10,8	-11,4	-51,4%
Coronarografia	-	-	29,3	31,5	28,5	28,7	27,8	27,4	-1,9	-6,5%
Biopsia percutanea del fegato	-	-	18,6	17,3	15,7	15,1	13,3	14,7	-3,9	-21,0%
Emorroidectomia	-	-	51,6	55,6	53,0	50,5	53,4	66,1	14,5	28,1%
Interventi per ernia inguinale	-	-	59,7	61,0	62,9	64,0	68,8	89,9	20,2	50,6%

Fonte: Elaborazioni OASI cap. 2 su dati Rapporto Sdo Ministero della Salute



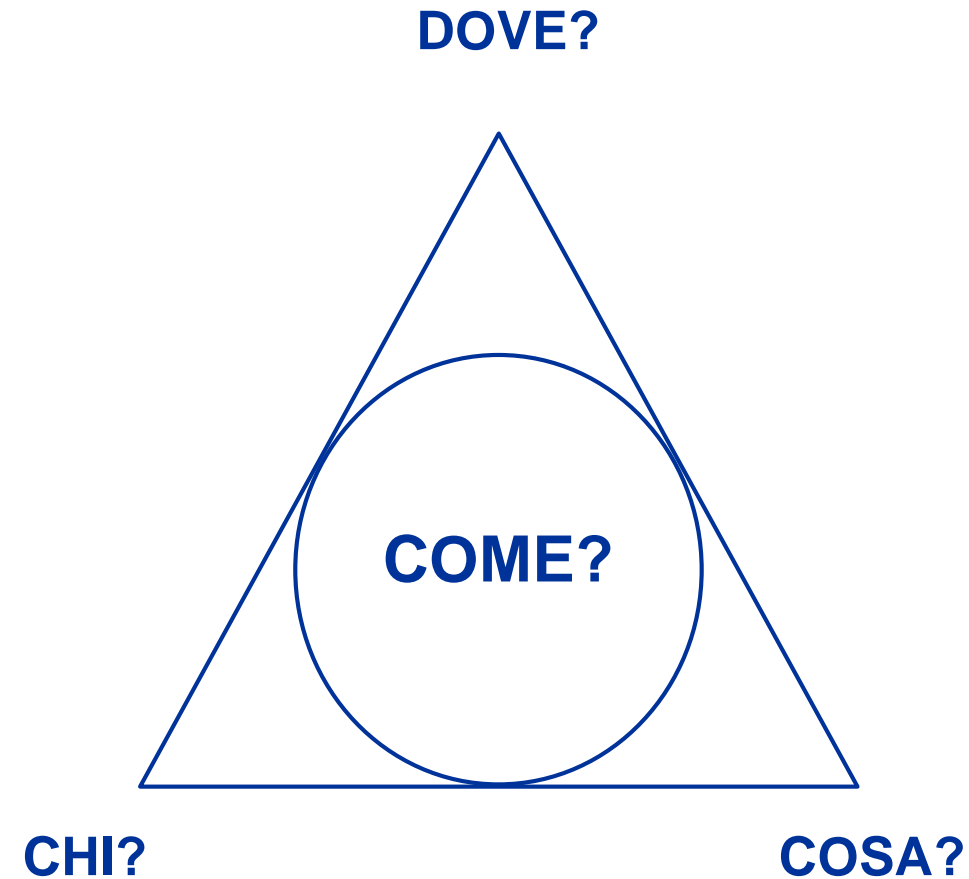
Lo scenario tradizionale e la sua rottura



- Paziente multipatologico
- Cronicità
- Episodi vs percorsi
- Specializzazione (frammentazione) dei saperi
- Codificazione dei saperi e standardizzazione dei processi
- Specializzazione dei presidi
- Specializzazione delle piattaforme ed efficienza operativa
- Vincoli sulle strutture
- Disponibilità di professionisti



Un puzzle da comporre a livelli diversi



Un puzzle da comporre a livelli diversi

- Tipologia di stabilimenti e strutture in genere
- Piattaforme produttive disponibili (Sale Operatorie, Degenze, Ambulatori)
- Tecnologie (radiodiagnostica, tecnologie specifiche di sala, ecc.)
- Servizi sanitari necessari allo svolgimento di quello “sotto osservazione”

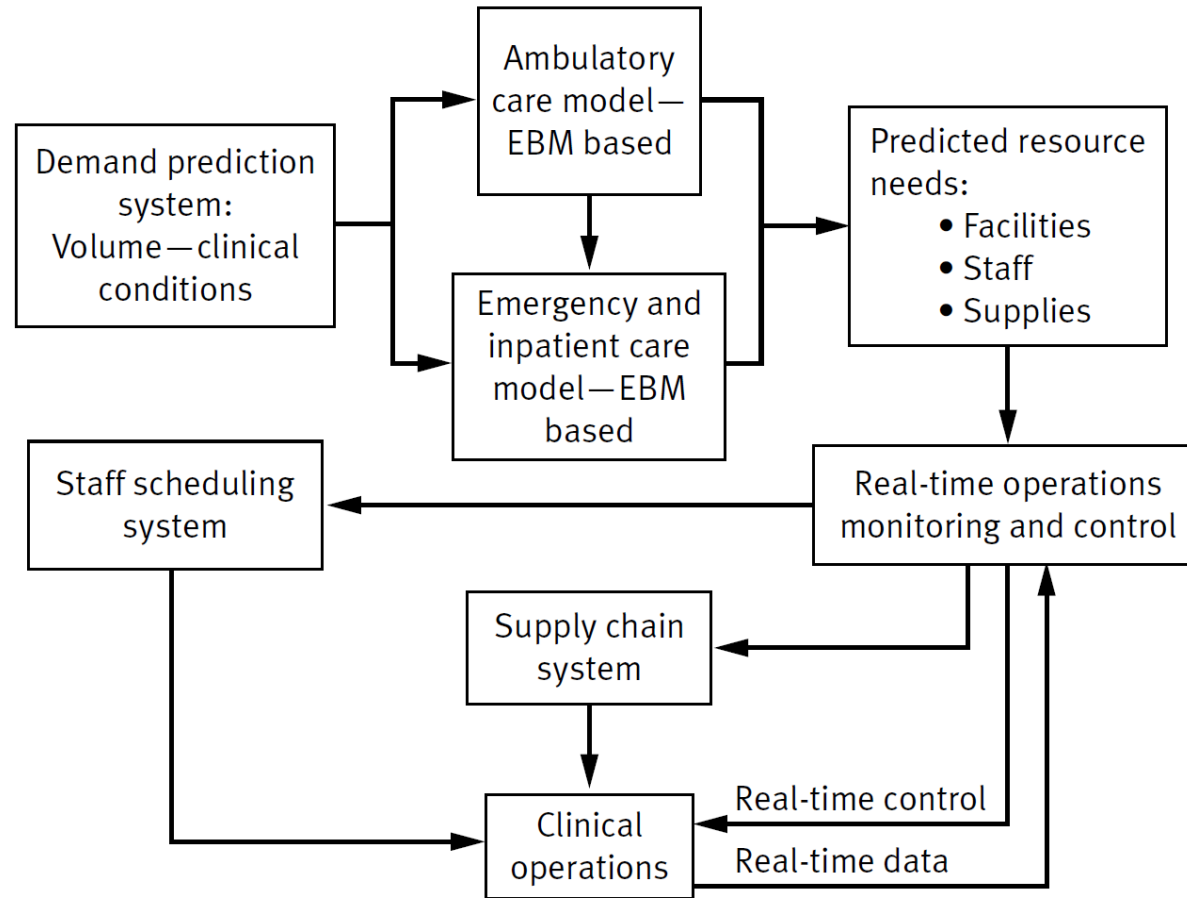


- Dotazione e distribuzione di competenze e abilità
- Opportunità di decentramento
- Necessità di specializzazione e focalizzazione
- Apprendimento e diffusione del sapere

- Tipologie di bisogni (pazienti e patologie)
- Opportunità di decentramento dei servizi
- Necessità di concentrazione della erogazione
- Migliori condizioni di fruizione



Una nuova prospettiva...



Healthcare operations management / Daniel B. McLaughlin, Julie M. Hays.

p. ; cm.

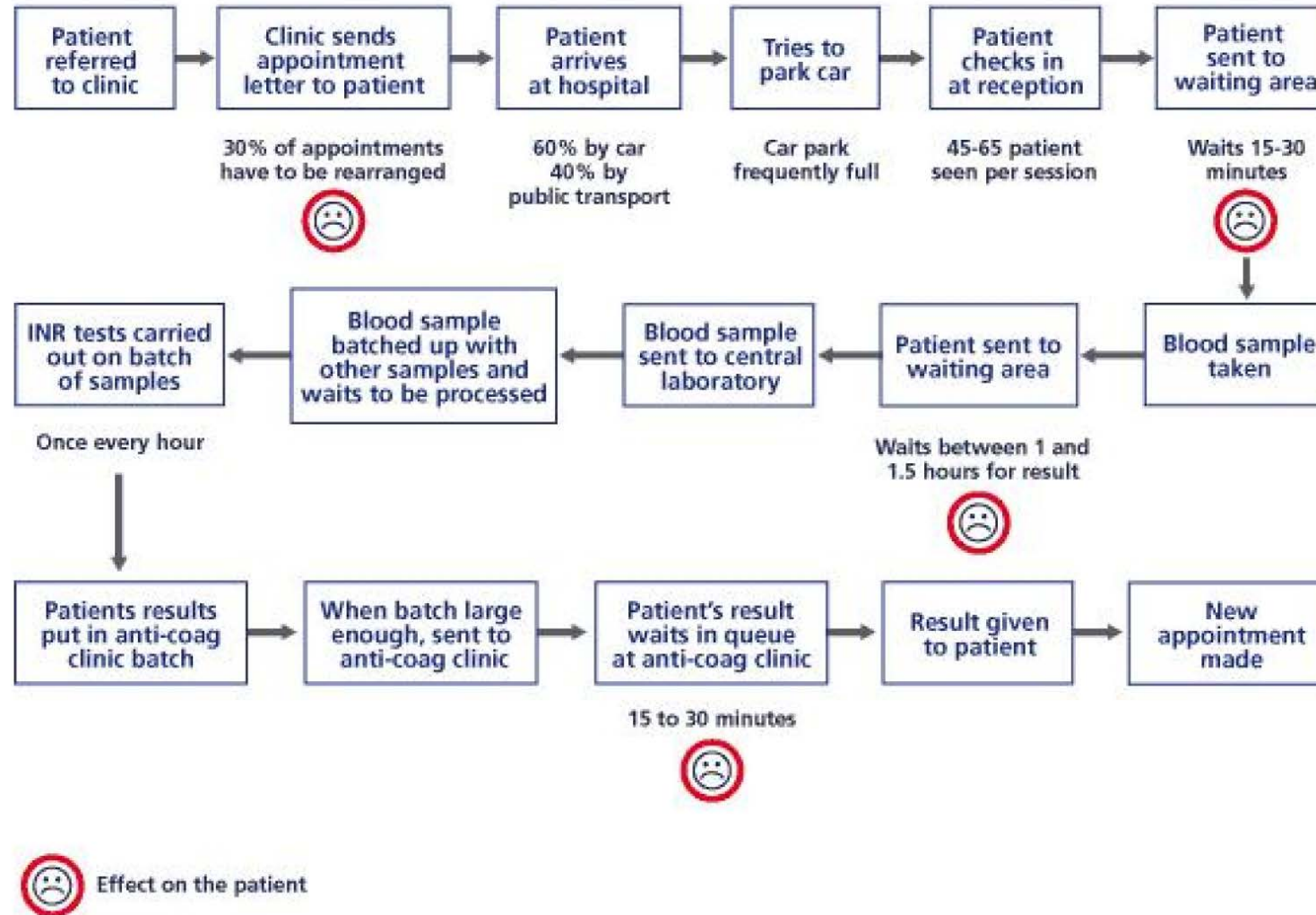
Includes bibliographical references and index.

ISBN-13: 978-1-56793-288-1 (alk. paper)

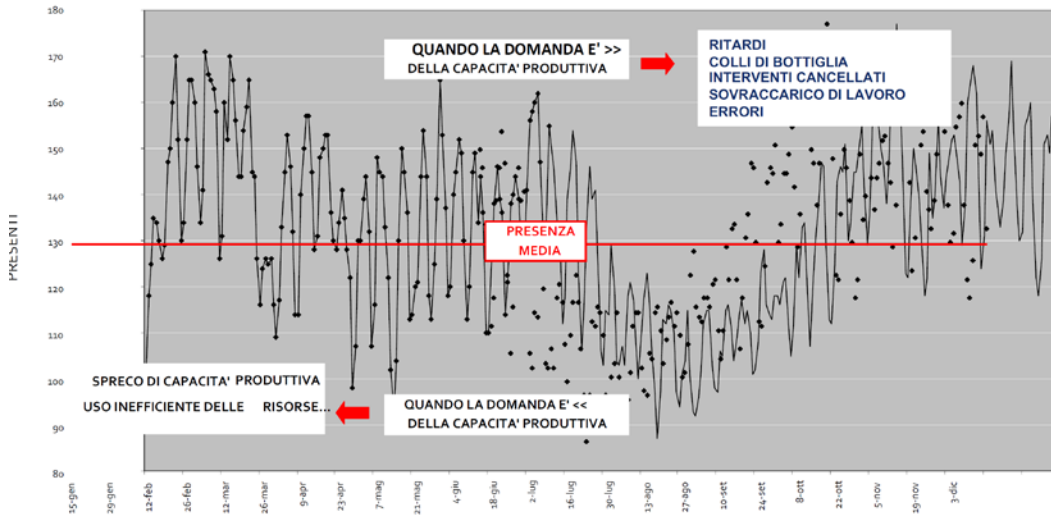
ISBN-10: 1-56793-288-6 (alk. paper)

... che individua nuovi oggetti di attenzione

THE ANTICOAGULANT BLOOD TESTING PROCESS



... con approcci, strumenti e tecniche specifici (un sapere)



- Will we make a fundamental system choice based on flow improvement, with design principles:

- Pull (vs push)
- Bit by bit (vs batch)
- Know and show the truth (→ visual management)



FONTE	TIPOLOGIA	
	Naturale Non si può eliminare ma gestire	Artificiale Può/deve essere eliminata con l'organizzazione
Clinica	X	
Comportamenti	X	X
Volumi di attività / flussi di pazienti	X	X

Le leve di cambiamento della logistica del paziente

- Lay-out ed organizzazione degli spazi
- Organizzazione dei processi/attività
 - Modello lean
 - Separazione dei flussi
- Dimensionamento e programmazione della capacità produttiva
- Tecnologie e S. I.

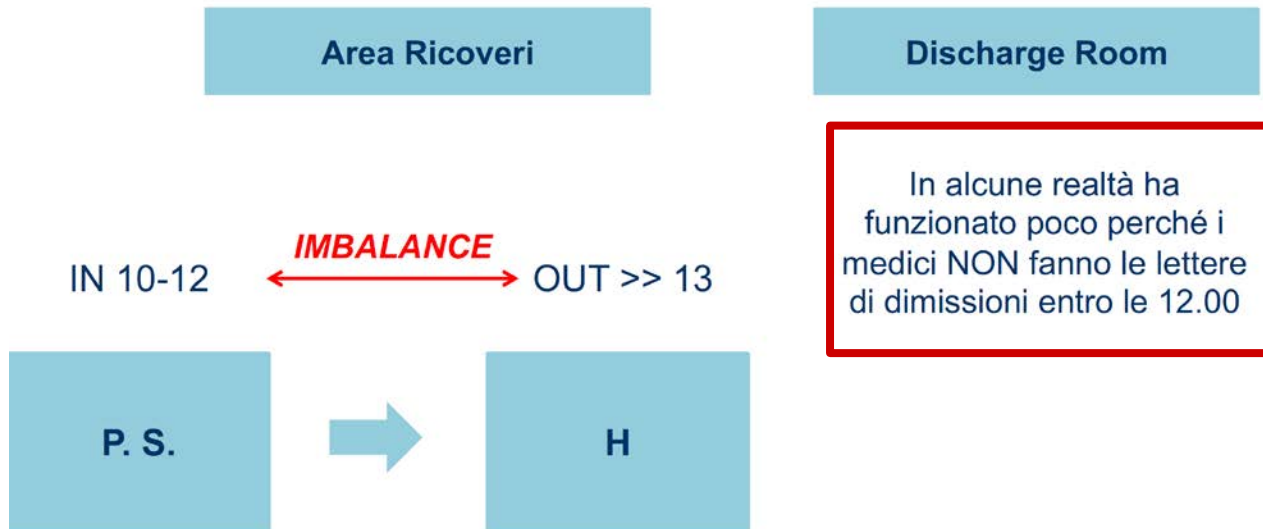


Flussi del paziente e OM

UNA STORIA DI SUCCESSO?

- Sapere consolidato
- Diffusione e legittimazione delle pratiche
- Espansione di una comunità professionale

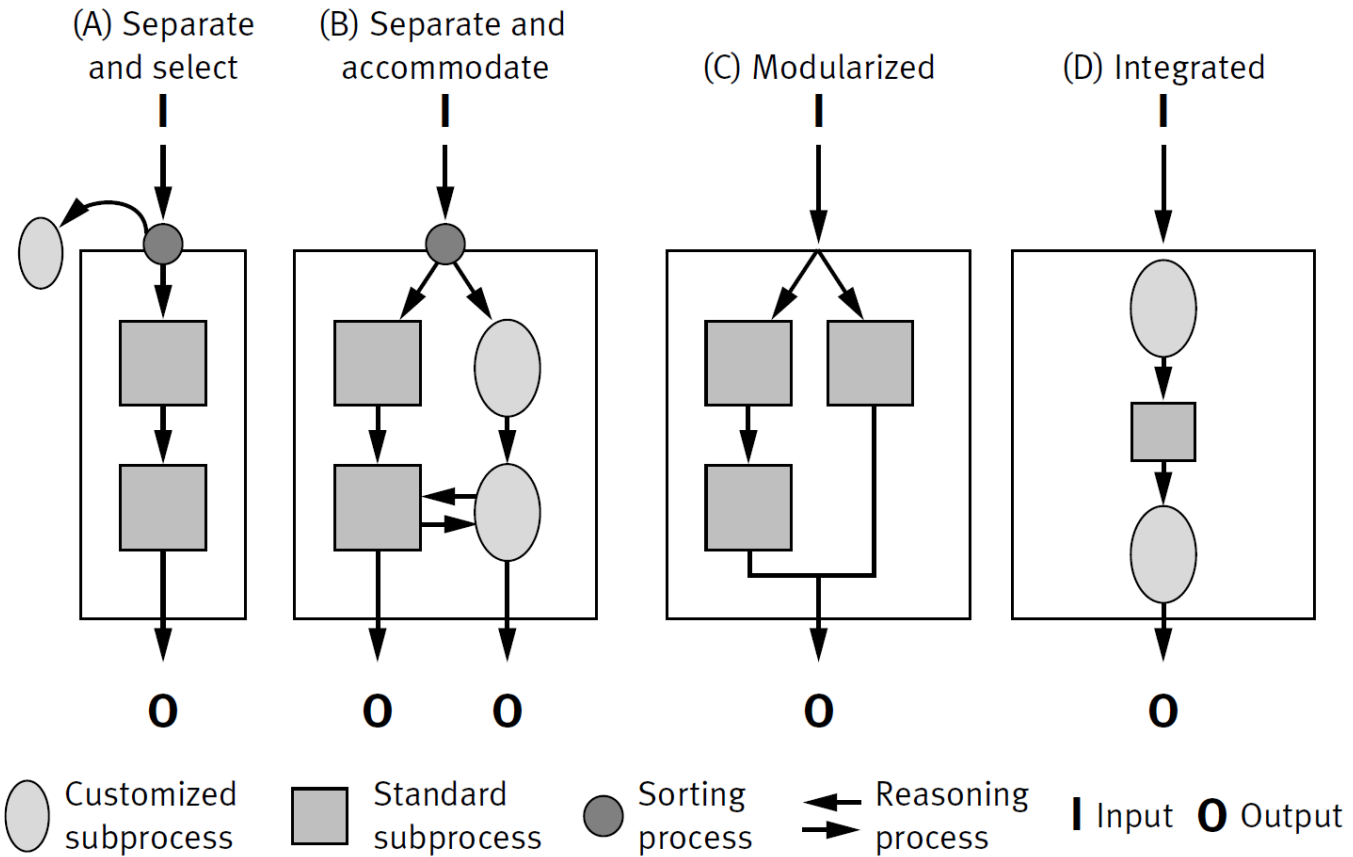
DALLE DIAGNOSI E PRESCRIZIONI AI RISULTATI AZIENDALI (la complessità e le decisioni)



La complessità è definita dal *volume delle informazioni da raccogliere e da elaborare, ossia dal volume di decisioni da prendere, durante lo svolgimento di un'attività*. È equivalente la definizione secondo la quale la complessità d'impresa è espressa dalla *differenza tra le informazioni necessarie per svolgere un'attività e le informazioni disponibili prima di iniziare la stessa*. L'impresa è osservata nella particolare (ma fondamentale) ottica del sistema decisionale; quanto più complessa è l'attività da svolgere tanto più potente deve essere il sistema decisionale. Le definizioni sopra date implicano che la complessità di un'attività è nulla se tale attività è perfettamente nota, ossia se prima di iniziarla si conoscono tutte le condizioni di suo svolgimento, incluse le varianti e le connesse alternative di comportamento. Al contrario, la complessità di un'attività è altissima se le informazioni disponibili prima di avviarla sono molto scarse (in astratto, nulle) e, dunque, il suo svolgimento sarà caratterizzato da una lunga serie di problemi e di decisioni.



La variabilità che rimane e la complessità da gestire: i processi

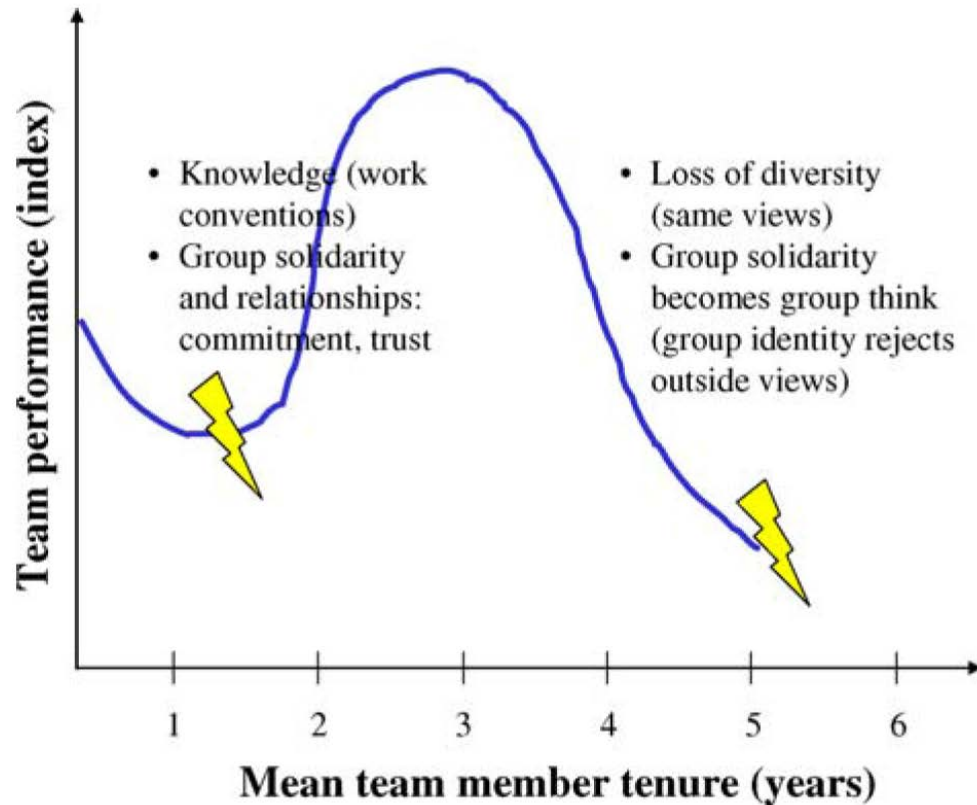


SOURCE: Bohmer, R. M. J. 2005. "Medicine's Service Challenge: Blending Custom and Standard Care." *Health Care Management Review* 30 (4): 322-30. Used with permission.

La variabilità che rimane e la complessità da gestire: gli umani

- Gestire le persone significa soprattutto orientarne i comportamenti in coerenza con gli obiettivi e le caratteristiche dei processi aziendali
- Le persone non sono un input come gli altri
 - i comportamenti degli individui non sono facilmente osservabili e controllabili
 - i risultati delle singole persone non sono facilmente valutabili (la scomponibilità dei risultati di UO come eccezione)
 - attività, comportamenti, risorse e risultati legati da forti (e non meccaniche) interdipendenze
 - persone (variabili individuali) e gruppi (variabili sociali) contraddistinti da valori e schemi cognitivi disomogenei e non completamente prevedibili

La teoria: Behavioral Operation Management



OM is concerned with the study of the design and management of transformation processes in manufacturing and service organizations, building mathematical theory of the phenomena of interest and testing the theory with field data (derived from surveys, databases, experiments, comparative case studies, ethnographic observations, etc.). Behavioral Operations Management is a multi-disciplinary branch of OM that explicitly considers the effects of human behavior in process performance, influenced by cognitive biases, social preferences, and cultural norms.

The preferred citation for this publication is C. H. Loch and Y. Wu, Behavioral Operations Management, Foundation and Trends[®] in Technology, Information and Operations Management, vol 1, no 3, pp 121–232, 2005

La complessità nella pratica

La funzione di *Operation* nella Azienda di Reggio Emilia



Maria Teresa Montella
Maurizio Pocaforza
Antonia Magnani
Antonella Benedetti
Direttore UOC Gestione Operativa
Azienda USL Reggio Emilia

La complessità nella pratica

Dipendente	CHIRURGIA DELL'ADDOME					
	RESEZIONI EPATICHE MINORI	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI	RESEZIONI PANCREATICHE MINORI	DUODENOCEFALOPANCREAS ECTOMIA	COLECTOMIA TOTALE	APPENDICECTOMIA
	5. SUPER	5. SUPER	5. SUPER	5. SUPER	5. SUPER	5. SUPER
	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	4. AVANZATO
	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	4. AVANZATO
	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	4. AVANZATO
	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	3. AUTONOMIA
	3. AUTONOMIA	2. AFFIANCATO	3. AUTONOMIA	2. AFFIANCATO	3. AUTONOMIA	4. AVANZATO
	3. AUTONOMIA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	3. AUTONOMIA	3. AUTONOMIA	4. AVANZATO
	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	4. AVANZATO
	OSSERVA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	OSSERVA	3. AUTONOMIA	5. SUPER
N.A.	0	0	0	0	0	0
OSSERVA	6	7	5	6	1	0
2. AFFIANCATO	0	1	0	1	0	0
3. AUTONOMIA	2	0	3	1	7	1
4. AVANZATO	0	0	0	0	0	6
5. SUPER	1	1	1	1	1	2

Soggetti e funzioni potenzialmente coinvolte

- La direzione sanitaria
- La direzione di presidio
- Il dipartimento chirurgico
- La specifica unità operativa
- **La direzione operativa**
- La programmazione e controllo
- La qualità e risk management
- ...
- ...
- Il personale per:
 - valutazione
 - carriere
 - retribuzione
 - formazione

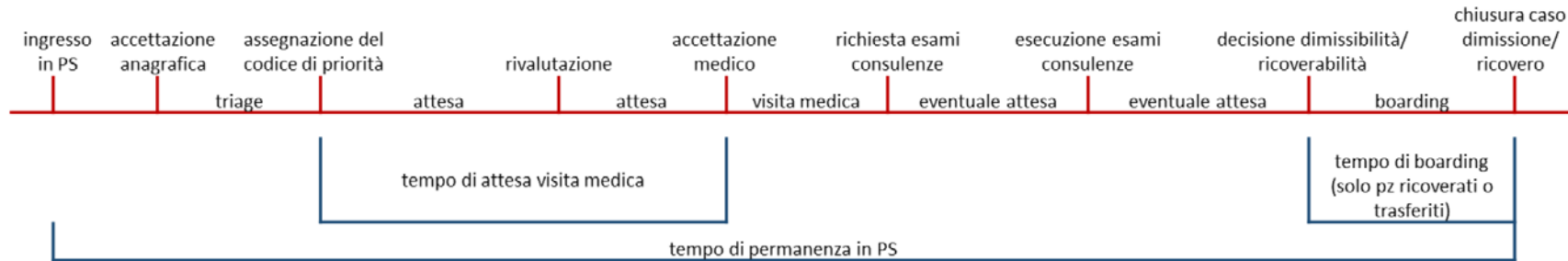
Un percorso evolutivo: dove siamo? quali priorità?

- Individuazione di un sapere e delle sue aree di applicazione
- Messa a punto di strumenti e tecniche e loro concreta applicazione
- Diffusione di competenze ed esperienze
- Creazione di unità e ruoli specializzati (identità)
- Distribuzione coerente della "funzione" (presidio della razionalità operativa) nella struttura delle responsabilità:
 - compiti di analisi e standardizzazione (staff)
 - ruoli di coordinamento e raccordo (responsabilità trasversali e integrative)
 - responsabilità di *line* (conduzione operativa e produzione di servizi)

L'ambiguità organizzativa: un esempio (dgr 1129 E.R.)

Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza Urgenza

nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna



- Sviluppare le reti
- Governare i flussi e i percorsi
- Bilanciare domanda e capacità produttiva
- Garantire la sicurezza

Per questo motivo appare appropriato, come già avvenuto per gli accessi programmati, identificare un livello di responsabilità (Responsabile per l'Accesso in Emergenza) che sia in grado di sovrintendere e coordinare le azioni necessarie al buon funzionamento dell'accesso in emergenza urgenza.

Ferma restando la responsabilità complessiva del Direttore Sanitario rispetto agli accessi all'ospedale inclusi quelli in emergenza, nonché le funzioni di governo del Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza/Direttore del PS, il **Responsabile per l'Accesso in Emergenza (RAE)** può essere una figura, formalmente delegata dal Direttore Sanitario, possibilmente tra le figure dirigenziali della Direzione Sanitaria, ed in possesso delle competenze necessarie allo svolgimento delle funzioni di seguito descritte.

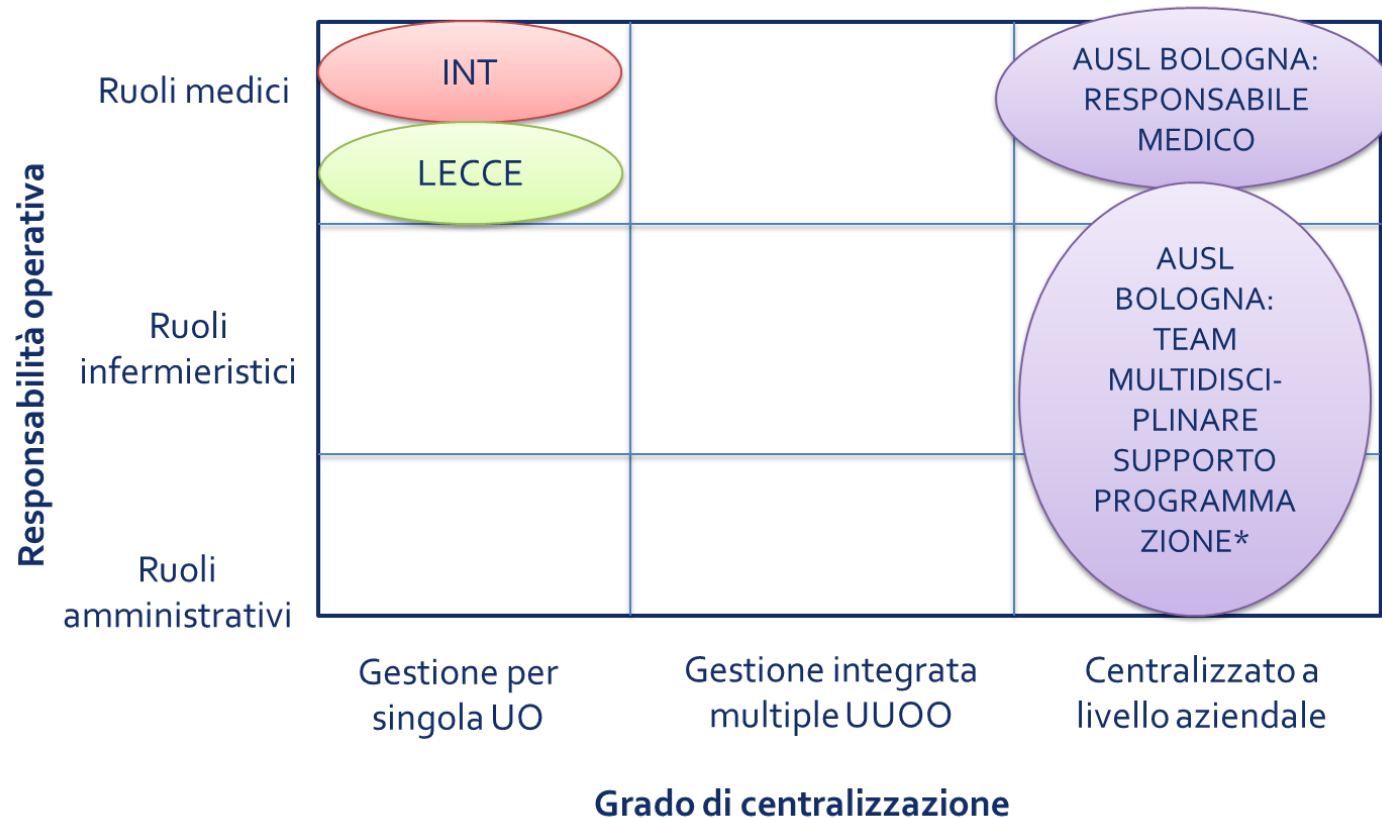
Le funzioni minime assegnate sono:

- Coordinamento della definizione ed implementazione dei piani per la gestione del sovraffollamento
- Supporto alla riorganizzazione in relazione alle indicazioni contenute nel presente documento
- Monitoraggio dei tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso e degli indici di affollamento (NEDOCS)
- Monitoraggio dei tempi intermedi con particolare riferimento al tempo di boarding ed ai tempi dei servizi di supporto (diagnostica e consulenze)
- Supporto alla definizione ed implementazione delle soluzioni locali, volte a ricondurre i tempi negli standard definiti
- Rendicontazione alla direzione aziendale sui temi di competenza

La varietà organizzativa: un esempio

Gestione liste d'attesa

Responsabilità e modello organizzativo



LABORATORIO LOGISTICA DEL PAZIENTE

MODELLI LOGISTICO-ORGANIZZATIVI A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO

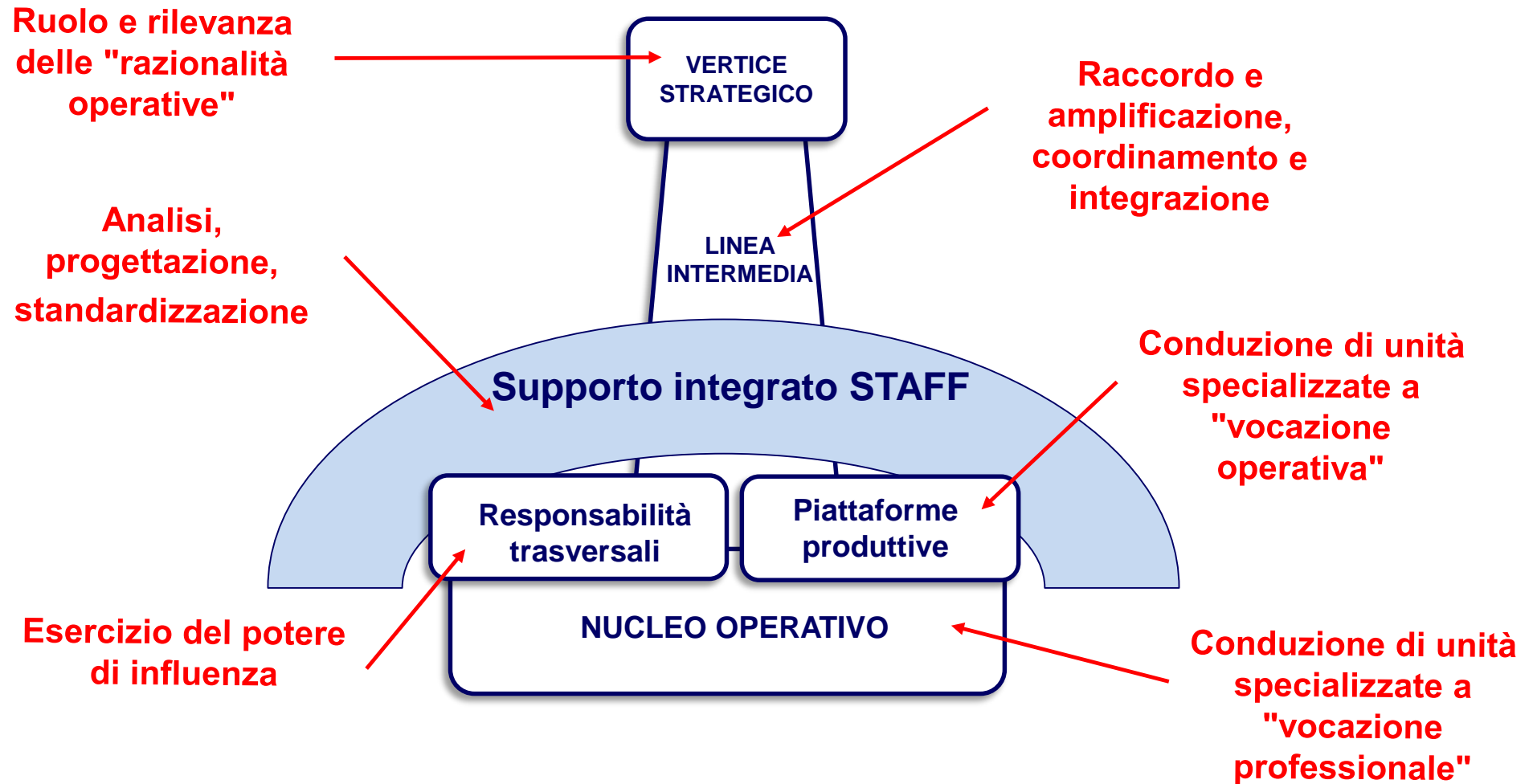
Comparazione Qualitativa

Marta Marsilio, DEMM UNIMI

Anna Prenestini, DEMM UNIMI



Definire e collocare la funzione o creare una costellazione ?



Per creare una costellazione

- Condividere priorità e urgenze
- Diffondere un linguaggio comune
- Distribuire responsabilità
- Intervenire sugli assetti organizzativi
- Rafforzare i meccanismi
- Lavorare sulle alleanze
- Gestire il cambiamento



L'operation manager: un innovatore alla ricerca di un ruolo



Ruoli e responsabilità dell'Operations Management nel governo del percorso chirurgico

F. Lega

La BSC dell'operations manager di area chirurgica

- Produttività ed efficientamento
- Sostenibilità economica
- Miglioramento di processo e logistica
- Governo Clinico
- ICT
- Sicurezza
- Patient experience
- VALORE (per chi?)

- Fare di più
- Fare meglio
- Fare diversamente

E' un product manager?

- Competenze tecniche
- **Soft skills**
- **Attitudini**



Dove concentrare attenzione e riflessione

- Consapevolezza di un rischio "managerial fad" e omnicomprensività
- Mettere costantemente in discussione le ragioni e i vantaggi ricercati in relazione alle specificità
- Dal sapere e gli strumenti agli assetti e le responsabilità (come combinare le diverse razionalità)
- Scartato il "best model" quali variabili per un approccio contingency
- Esplorare e condividere i fallimenti
- Continuare a investire sulla comunità degli OM e sulla loro biodiversità