

Bocconi

Fare programmazione nei setting territoriali

Francesco Longo e Angelica Zazzera

B

Università
Bocconi

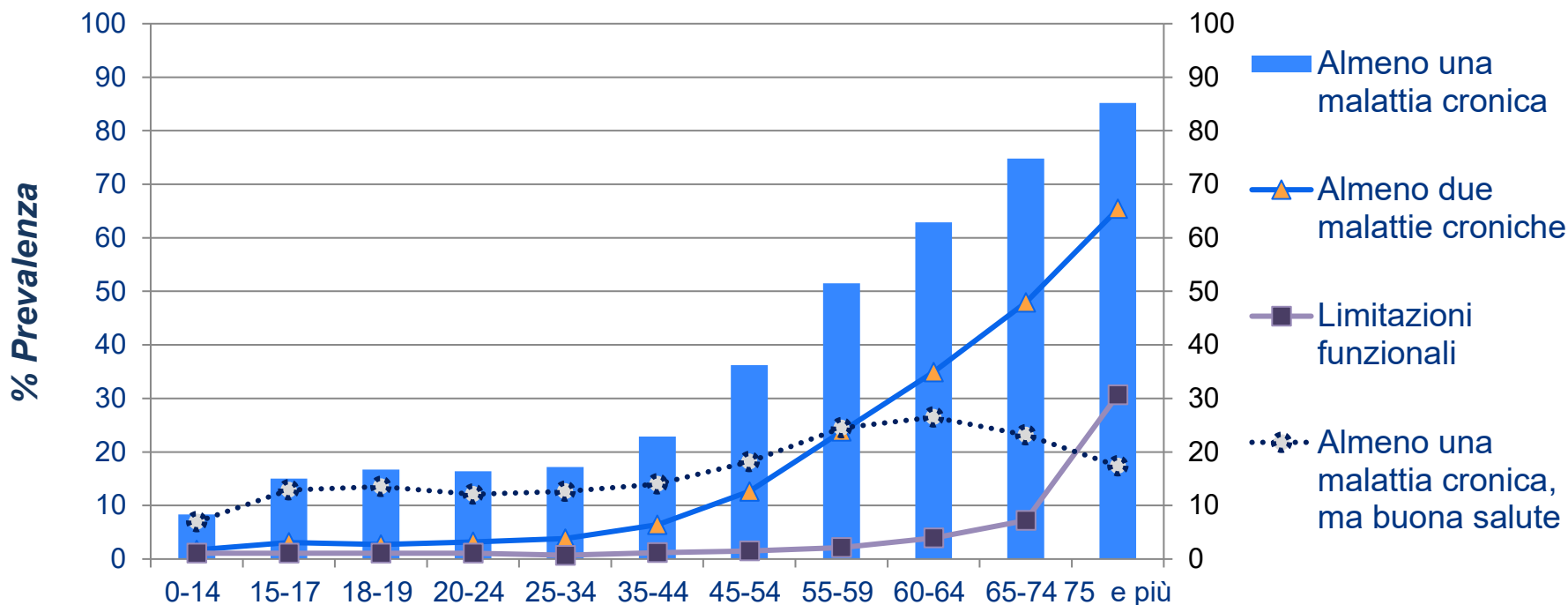
CERGAS

Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

L'evoluzione dei fabbisogni degli utenti – cambiamenti nella domanda

Prevalenza della cronicità e delle limitazioni funzionali per classi di età, % (2015)

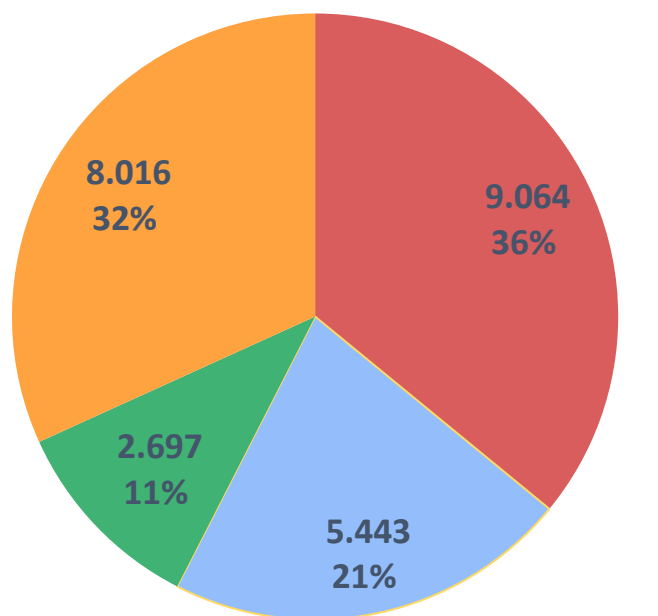


38,3 % della popolazione che dichiara almeno una malattia cronica (incluse allergie e artriti)

5,5 % della popolazione sopra i 6 anni che dichiara una limitazione funzionale

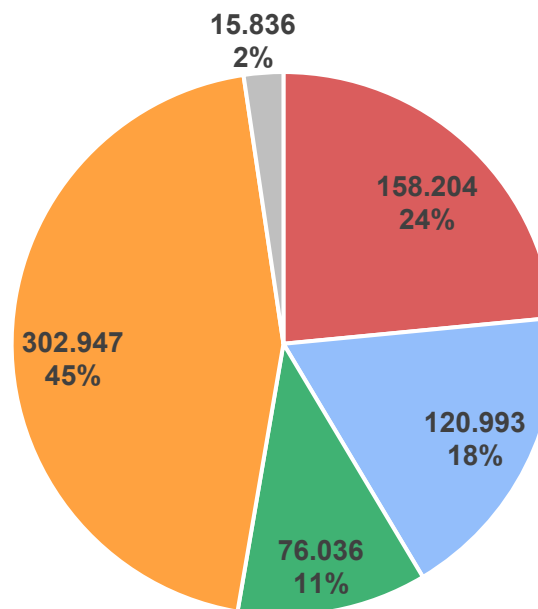
L'evoluzione dei fabbisogni degli utenti – cambiamenti nella domanda

ITALIA: Nuclei per tipologia (**migliaia**) e incidenza % su totale famiglie (25.220=100%), 2016



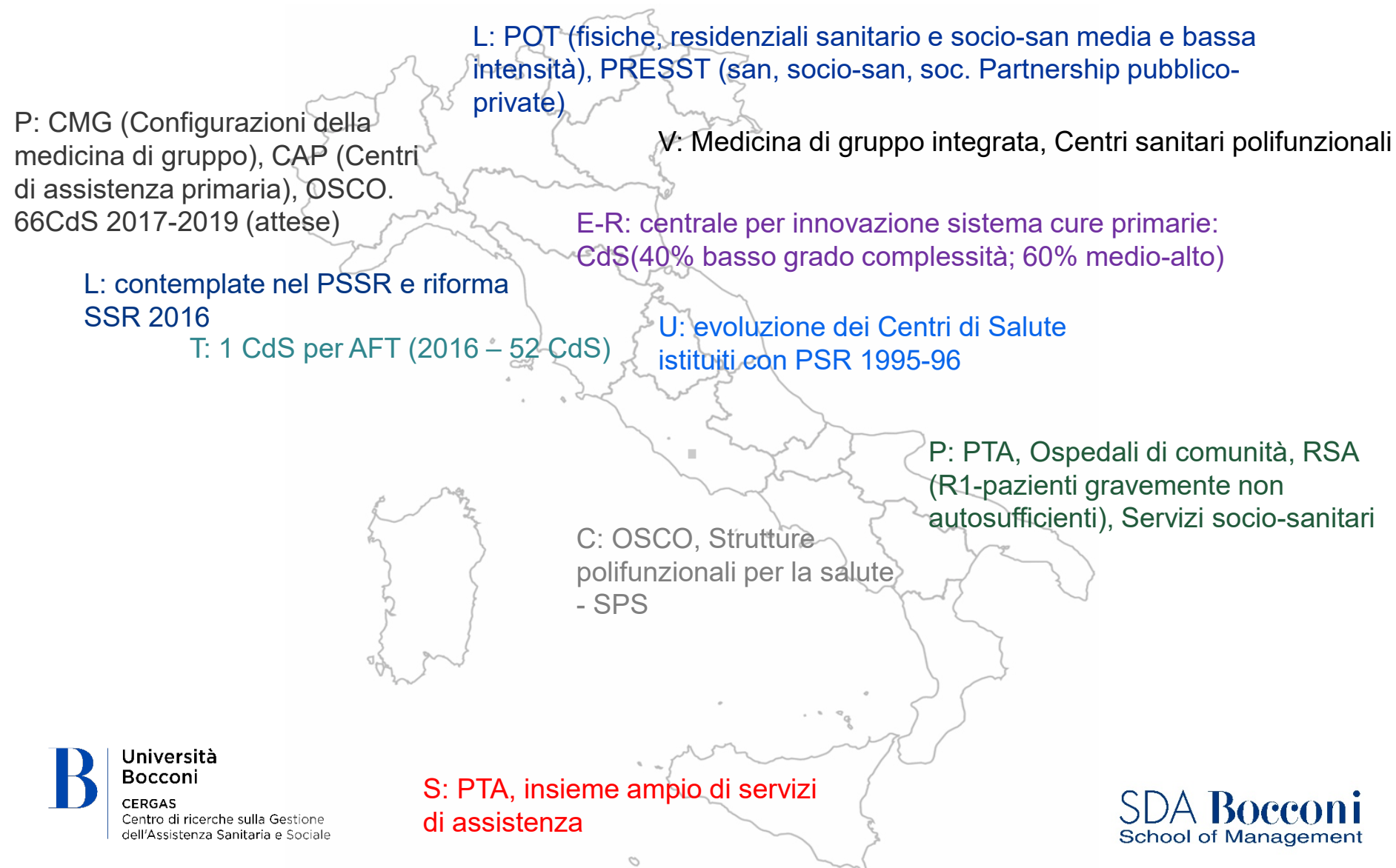
■ Coppie con figli ■ Coppie senza figli
■ Monogenitori ■ Persone sole

MILANO: Nuclei per tipologia e incidenza % su totale famiglie (674.016=100%), 2015



■ Coppie con figli ■ Coppie senza figli ■ Monogenitori
■ Persone sole ■ Altro

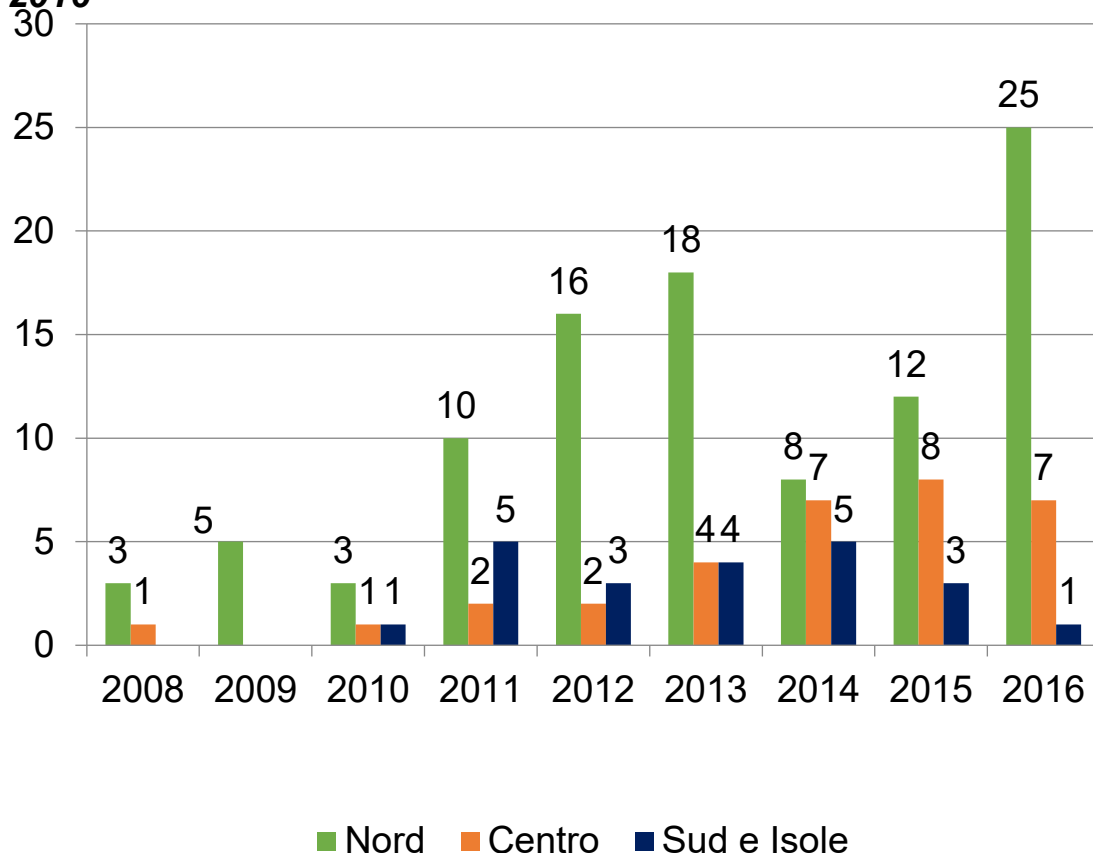
La diffusione delle CdS e di strutture simili in Italia (OASI,2017)



La diffusione dei presidi di assistenza territoriale in Italia

(OASI 2017)

Censimento 2017 Case della Salute e assimilabili: nuove aperture per macroarea geografica, 2008-2016



- Il fenomeno di attivazione si intensifica a partire dal 2011
- Almeno 20 nuove strutture territoriali nel periodo 2012-2016

- Queste strutture presentano **caratteristiche, servizi ed etichette eterogenee tra di loro.**
- Le CdS sembrano essere, prevalentemente, un **luogo di innovazione per il territorio**: la collocazione in questi luoghi dei progetti di sanità d'iniziativa, della presa in carico della cronicità e dei progetti di prevenzione e promozione della salute lo confermano, così come la presenza di comunità professionali multi-disciplinari.

Nuove soluzioni organizzative – le strutture intermedie e i cantieri aperti

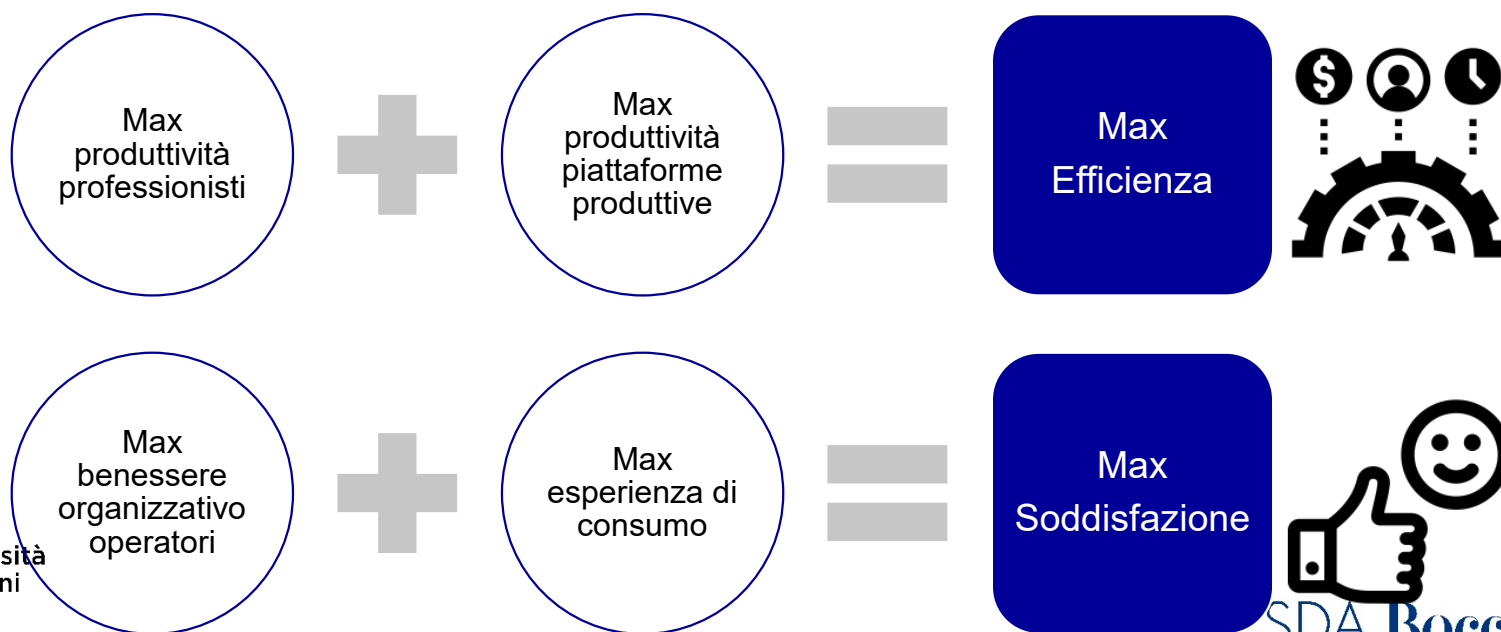
- Necessità di **segmentare i servizi** per sottopopolazioni di utenti, distinguendo tra:
 - Utenti sani
 - Pazienti occasionali
 - Pazienti cronici monopatologici
 - Pazienti cronici monopatologici fragili, con bisogno continuativo di assistenza
 - Pazienti cronici pluripatologici
 - Pazienti cronici pluripatologici fragili, con bisogno continuativo di assistenza
 - Pazienti in fine vita
- I bisogni di ciascuna sottopopolazione sono inoltre condizionati da:
 - Literacy medica
 - Reti sociali (caregiver familiare)
 - Livello di reddito
 - Cultura sanitaria
- Ogni sottopopolazione richiede **logiche e modelli di servizi distinti**

Operations Management nelle aziende sanitarie

L'operations management si è diffuso nelle **aziende sanitarie** a causa di pressioni ambientali esterne ed interne come:

- l'esigenza di garantire **equilibrio economico-finanziario**
- la necessità di migliorare l'**efficienza nella gestione** e nell'utilizzo degli asset produttivi aziendali
- l'impellenza di **riorganizzare l'attività dei professionisti** in modo coerente con i flussi dei pazienti e con la gestione delle attività sanitarie
- l'opportunità di garantire ad ogni **paziente** un **percorso** fisico-logistico più possibile fluido e un'esperienza ad alto valore aggiunto (Fenech et al., 2017).

Obiettivi dell'OM



Logiche di Operations Management: ospedale vs territorio

In sanità, l'**ambito di applicazione** delle logiche di operations management determina le sue specifiche finalità → gli obiettivi dell'OM applicato nel setting ospedaliero sono **diversi** dagli obiettivi dell'OM applicato nel setting territoriale



Obiettivi Ospedale

- Saturazione della capacità produttiva
- Ottimizzazione patient flow
- Concentrazione delle casistiche per aumentare competenze cliniche

Il percorso del paziente è assimilabile ad un processo produttivo aziendale che vede il paziente come "oggetto" dello stesso

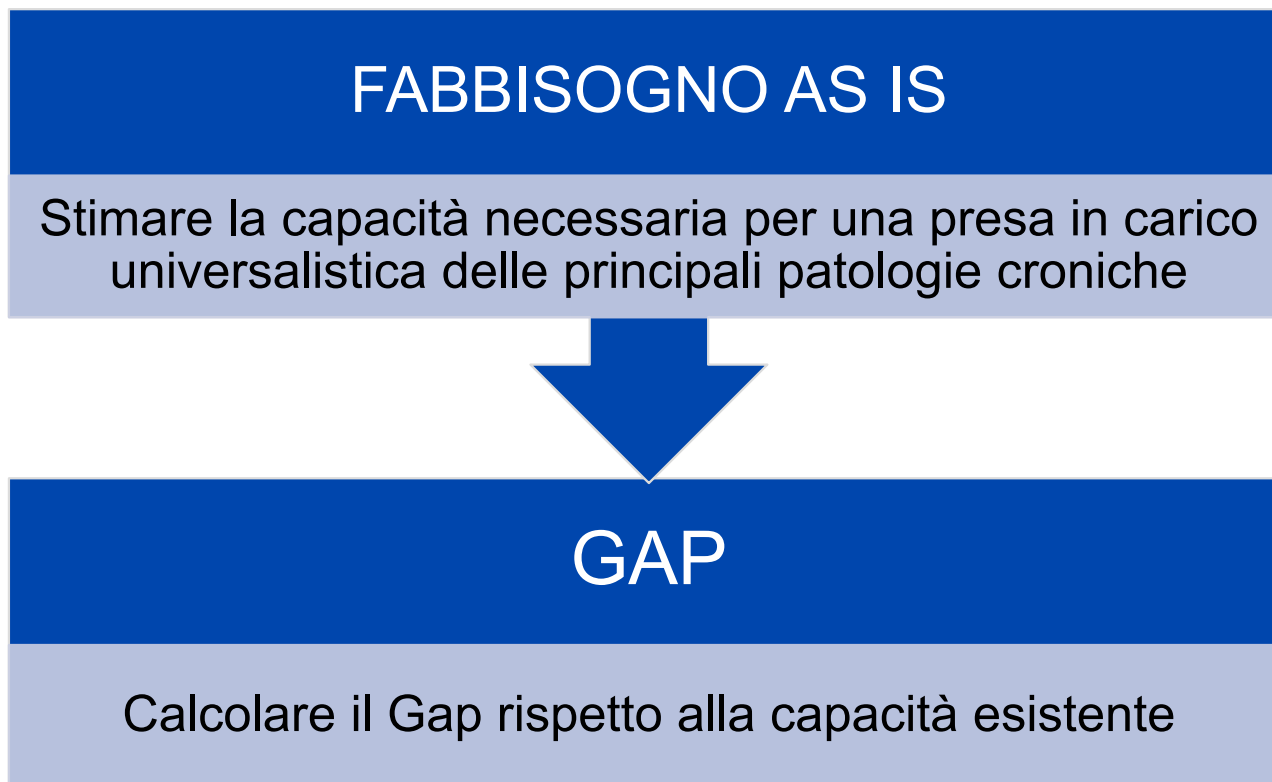


Obiettivi Territorio

- Stima e programmazione della capacity necessaria
- Regolazione dell'intensità assistenziale per una presa in carico universalistica ed efficace
- Pianificazione dei servizi in vista degli investimenti crescenti nell'area della gestione delle cronicità

Paziente come co-produttore, attenzione a PE, empowerment, personalizzazione dei servizi, coinvolgimento care-giver

Obiettivi del lavoro



Metodologia

- *Analisi primaria* → validazione del modello con panel di opinion leader e policy maker della Regione Emilia Romagna
- *Analisi desk* → dati ISTAT + dati ufficiali RER
- *Studio di caso della Regione Emilia Romagna*
 - Regione in cui il modello della CdS è dal 2010 parte integrante della programmazione regionale (Morando et al., 2017);
 - Modello della CdS centrale per compiere l'innovazione del sistema di cure primarie e alcuni processi di riconfigurazione di piccoli ospedali della regione (Del Vecchio et al., 2014);
 - Larga diffusione: 84 CdS nel 2016 e 38 programmate nei prossimi anni (Morando et al., 2017).
- *Selezione di determinate professionalità e target di pazienti* → CdS come luogo di presa in carico della cronicità
- *Replicabilità del modello* → Possibilità si effettuare analisi di sensitività. Modello applicabile in CdS e strutture simili con diversa denominazione sul territorio nazionale

Il Modello di Analisi

CATEGORIA DI PROFESSIONISTI

CATEGORIA DI PAZIENTI

Pazienti		MMG/Specialista/Infermiere			
Cluster della cronicità	Num. Pazienti	Num. Visite Mese	Num. Prestazioni	Tempo Visita	Tempo Lavoro (h/mese)
Mono patologici					
Pluri patologici					
Long Term Care					
Fine Vita					
		1. Tot. Tempo Lavoro necessario per copertura universalistica cronicità (in ore)			
		2. Fabbisogno di FTE per copertura universalistica (ipotesi 120 ore al mese di visite per FTE)			
		3. Capacity di personale AS IS			
		4. Delta personale TO BE per raggiungere il fabbisogno di FTE per copertura universalistica			

Il Modello di Analisi

- Categoria di pazienti → % di prevalenza da dati ISTAT X Bacino di Utente medio di una CdS della Regione Emilia Romagna (60.000 persone)
 - Monopatologici (Persone con una malattia cronica)= 19%
 - Pluripatologici (Persone con almeno due malattie croniche)= 21%
 - Long Term Care (Persone non autosufficienti)= 5%
 - Fine Vita (Calcolato su dati di mortalità annua)= 1%
- Num. di visite al mese → Dati validati da un panel di opinion leader e policy maker della Regione Emilia Romagna
- Num. di prestazioni = Num. Pazienti X Num. Visite Mese
- Tempo visita → Dati validati da un panel di opinion leader e policy maker della Regione Emilia Romagna
- Tempo lavoro → Tempo Visita X Num Prestazioni
- Num. professionisti → Dati ufficiali forniti dalla Regione Emilia Romagna

Esiti del modello per una catching area di 60.000 abitanti

Modello assistenziale standard con ipotesi di aumento delle risorse

Pazienti		MMG				Specialista				Infermiere			
Cat	Num.	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	0,5	5.700	15 min	1.425	0,16	1.824	20 min	602	1	11.400	20 min	3.762
Pluri	9.400	1	9.400	15 min	2.350	0,33	3.102	20 min	1.024	1	9.400	20 min	3.102
LTC	2.700	2	5.400	1 h	5.400	0,33	891	20 min	294	2	5.400	1 h	5.400
FV	500	4	2.000	1 h	2.000	2	1.000	1 h	1.000	4	2.000	1 h	2.000
		Tot Tempo				Tot Tempo				Tot Tempo			
		11.175				2.920				14.264			
		Fabb hp 120 h/m				Fabb hp 120 h/m				Fabb hp 120 h/m			
		93				24				119			
		Capacity As Is				Capacity As Is				Capacity As Is			
		40				19				39			
		Delta To Be				Delta To Be				Delta To Be			
		-53				-5				-80			

Aumento del personale per raggiungere copertura universalistica



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Esiti del modello per una catching area di 60.000 abitanti

Modello assistenziale standard con ipotesi di aumento delle risorse

Il modello permette di apprezzare quantitativamente il **gap di capacity di personale** (quanti FTE mancano per categoria professionale per poter erogare un servizio universalistico)



Non essendo possibile aumentare la quantità di personale disponibili è possibile agire su due variabili:

- **SCENARIO I:** Diminuzione dell'intensità assistenziale garantita ai singoli pazienti
- **SCENARIO II:** Diminuzione della quota di pazienti presi in carico

Esiti del modello per una catching area di 60.000 abitanti

Scenario 1: Modello assistenziale minimo con risorse fisse

Pazienti		MMG					Specialista					Infermiere				
Cat	Num.	Visite Mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	0,16	-68%	1.824	15 min	456	0,16	-	1.824	20 min	602	0,33	-67%	3.762	20 min	1.241
Pluri	9.400	0,33	-67%	3.102	15 min	776	0,33	-	3.102	20 min	1.024	0,5	-50%	4.700	20 min	1.551
LTC	2.700	1	-50%	2.700	1 h	2.700	0,33	-	891	20 min	294	0,5	-75%	1.350	1 h	1.350
FV	500	2	-50%	1.000	1 h	1.000	1	-50%	500	1 h	500	1	75%	500	1 h	500
		Tot Tempo		4.932			Tot Tempo		2.420			Tot Tempo		4.642		
		Fabb hp 120 h/m		41			Fabb hp 120 h/m		20			Fabb hp 120 h/m		39		
		Capacity As Is		40			Capacity As Is		19			Capacity As Is		39		
		Delta To Be		-1			Delta To Be		-1			Delta To Be		0		

Esiti del modello per una catching area di 60.000 abitanti

Scenario 2: Modello assistenziale standard con risorse fisse

Pazienti		MMG						Specialista						Infermiere					
Cat	Num.	Num. Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Num. Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Num Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	5.500	-52%	0,5	2.750	15 min	688	7.000	-39%	0,16	1.120	20 min	370	3.000	-74%	1	3.000	20 min	990
Pluri	9.400	4.000	-57%	1	4.000	15 min	1.000	6.500	-31%	0,33	2.145	20 min	708	2.000	-79%	1	2.000	20 min	660
LTC	2.700	1.000	-63%	2	2.000	1 h	2.000	2.500	-7%	0,33	825	20 min	272	1.000	-63%	2	2.000	1 h	2.000
FV	500	280	-44%	4	1.120	1 h	1.120	450	-10%	2	900	1 h	900	250	-50%	4	1.000	1 h	1.000
				Tot Tempo		4.808				Tot Tempo		2.250				Tot Tempo		4.650	
				Fabb hp 120 h/m		40				Fabb hp 120 h/m		19				Fabb hp 120 h/m		39	
				Capacity As Is		40				Capacity As Is		19				Capacity As Is		39	
				Delta To Be		0				Delta To Be		0				Delta To Be		0	

Discussione

- Trasferire le risorse dal setting ospedaliero al setting territoriale (nonostante anche il primo sia in affanno)?
- Ridurre le intensità assistenziali per i pazienti cronici (annacquando la logica di presa in carico)?
- Contenere il numero di pazienti in carico (abbandonando le ipotesi di universalismo)?



Considerazioni di Metodo

- C'è necessità di applicare logiche di Operations Management ai servizi sanitari territoriali per programmare i servizi e gestire la domanda di salute e i bisogni crescenti
- Applicare logiche di OM al territorio risulta essere un'operazione **realizzabile, produttiva e poco costosa**
- Il modello realizzato è semplicistico ma inclusivo e replicabile!
- Fare Operation Management sul territorio è un efficace strumento di **programmazione sanitaria e organizzativa evidence-based**

GRAZIE

angelica.zazzera@sdabocconi.it

francesco.longo@unibocconi.it

Università Commerciale Luigi Bocconi

Via Röntgen 1 | 20136 Milano – Italia |

Tel +39 02 5836.2597 | www.cergas.unibocconi.it