

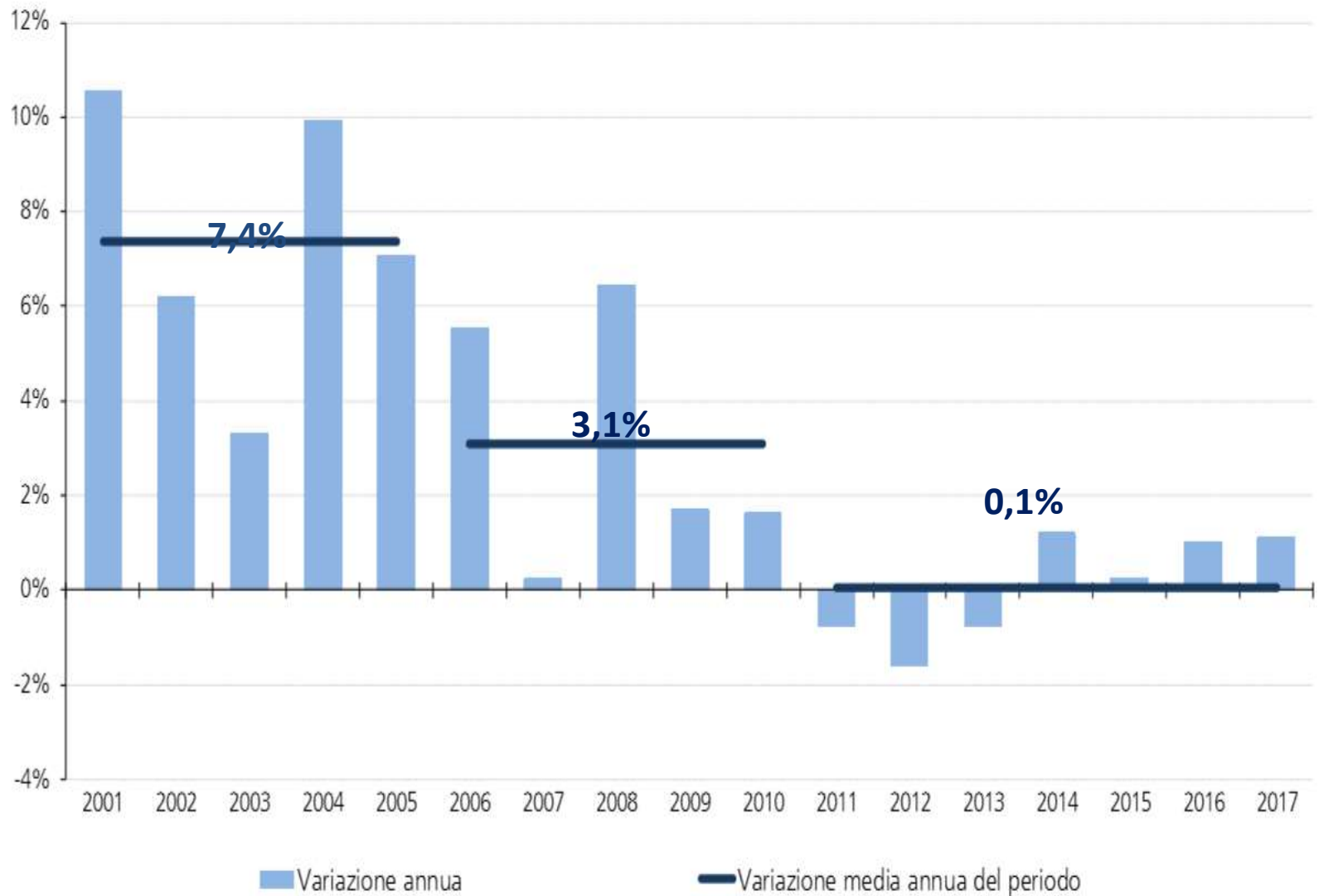
Il Distretto e il *Commissioning Cycle* (Analisi bisogni, Acquisizione servizi, Monitoraggio): quale ruolo nella gestione delle cronicità?

Emanuele Porazzi

XVII CONGRESSO NAZIONALE CARD

24 Maggio 2019

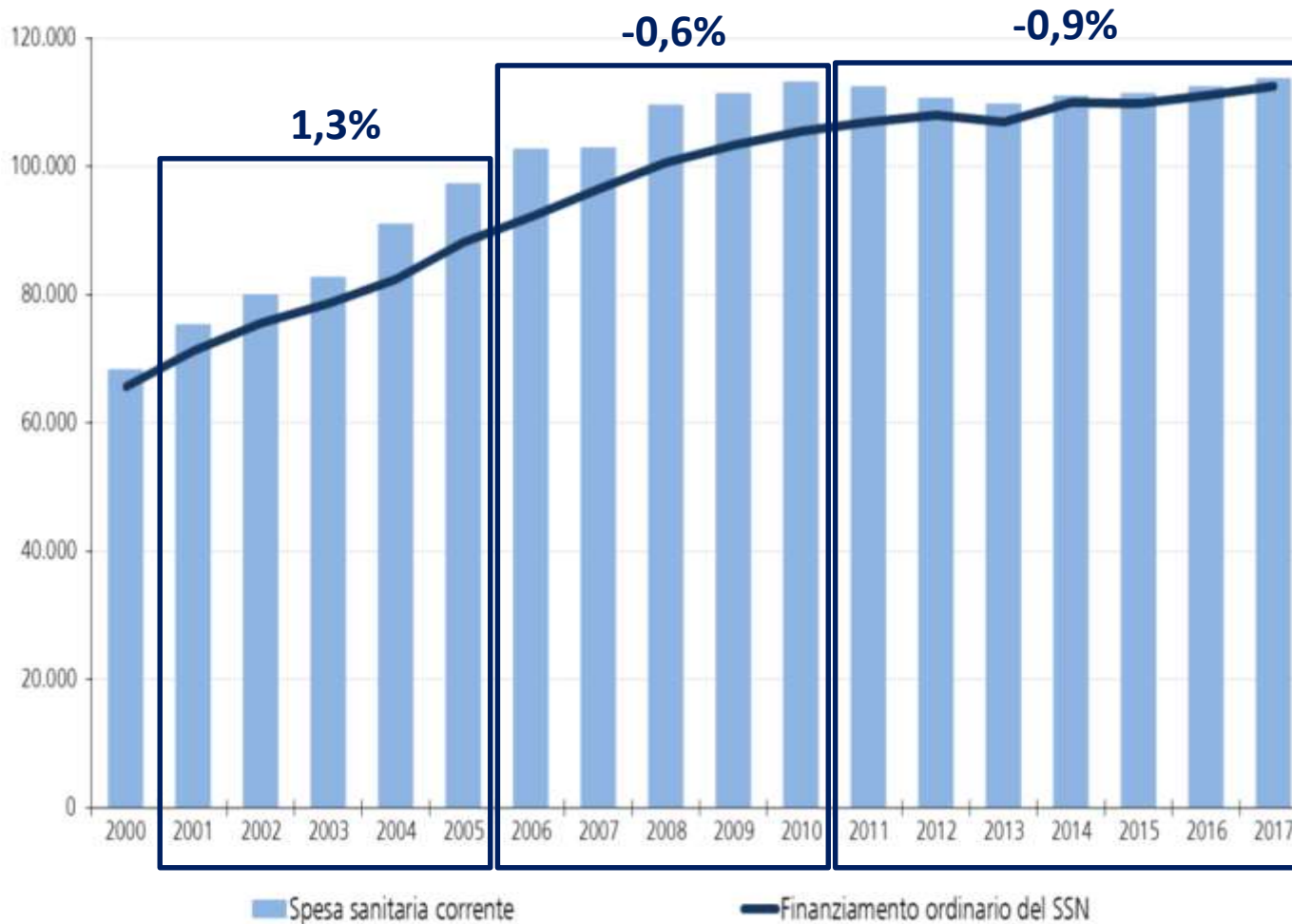
Spesa Sanitaria corrente di CN



Spesa Sanitaria di corrente di CN - Anni 2000-2017 (variazioni percentuali)

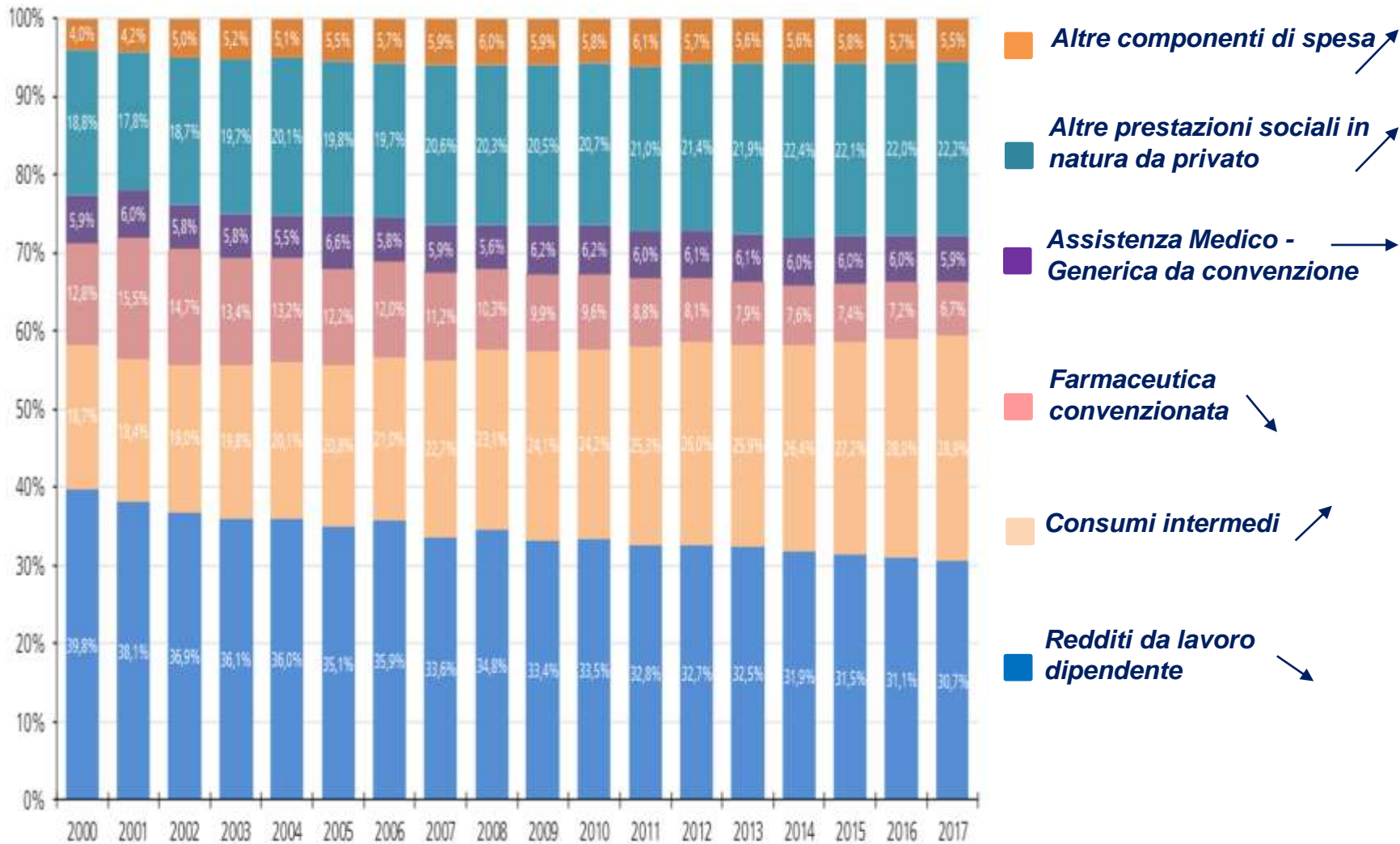
Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018)

Spesa Sanitaria e Finanziamento ordinario del SSN



Spesa Sanitaria di corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2017 (valori in milioni di euro)
Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018)

Composizione percentuale della spesa sanitaria



Composizione percentuale della spesa sanitaria corrente di CN. Anni 2000-2017. Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018)

Il Contesto

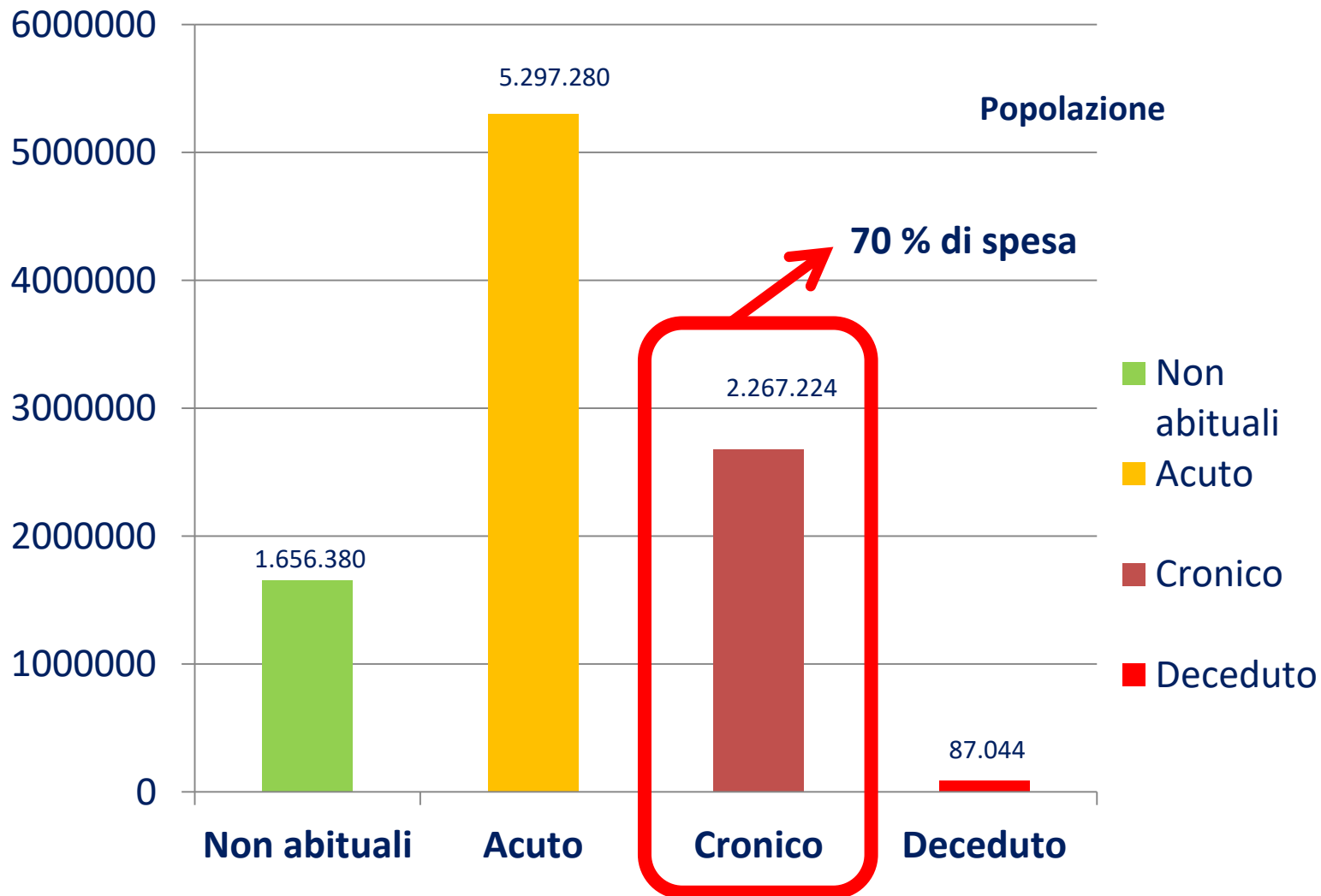
- Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi a fronteggiare uno scenario complesso, segnato da un **progressivo incremento dell'età media** della popolazione e da una contestuale transizione epidemiologica, dettata da **una maggiore incidenza delle patologie croniche** sulla domanda di cure
- **Aumento delle aspettative di salute** da parte dei cittadini → evoluzione dei bisogni e continua richiesta di prestazioni sanitarie
- **Sviluppo di nuove tecnologie sanitarie** che giungono sempre più rapidamente sul mercato → Incremento dei costi di cura e assistenza sanitaria

Come intervenire??

- ✓ **Revisionare lo schema d'offerta** ad oggi disponibile
- ✓ **Adeguare la rete assistenziale** ai bisogni di salute emergenti
- ✓ **Spostamento dell'asse di cura** dall'**OSPEDALE AL TERRITORIO**



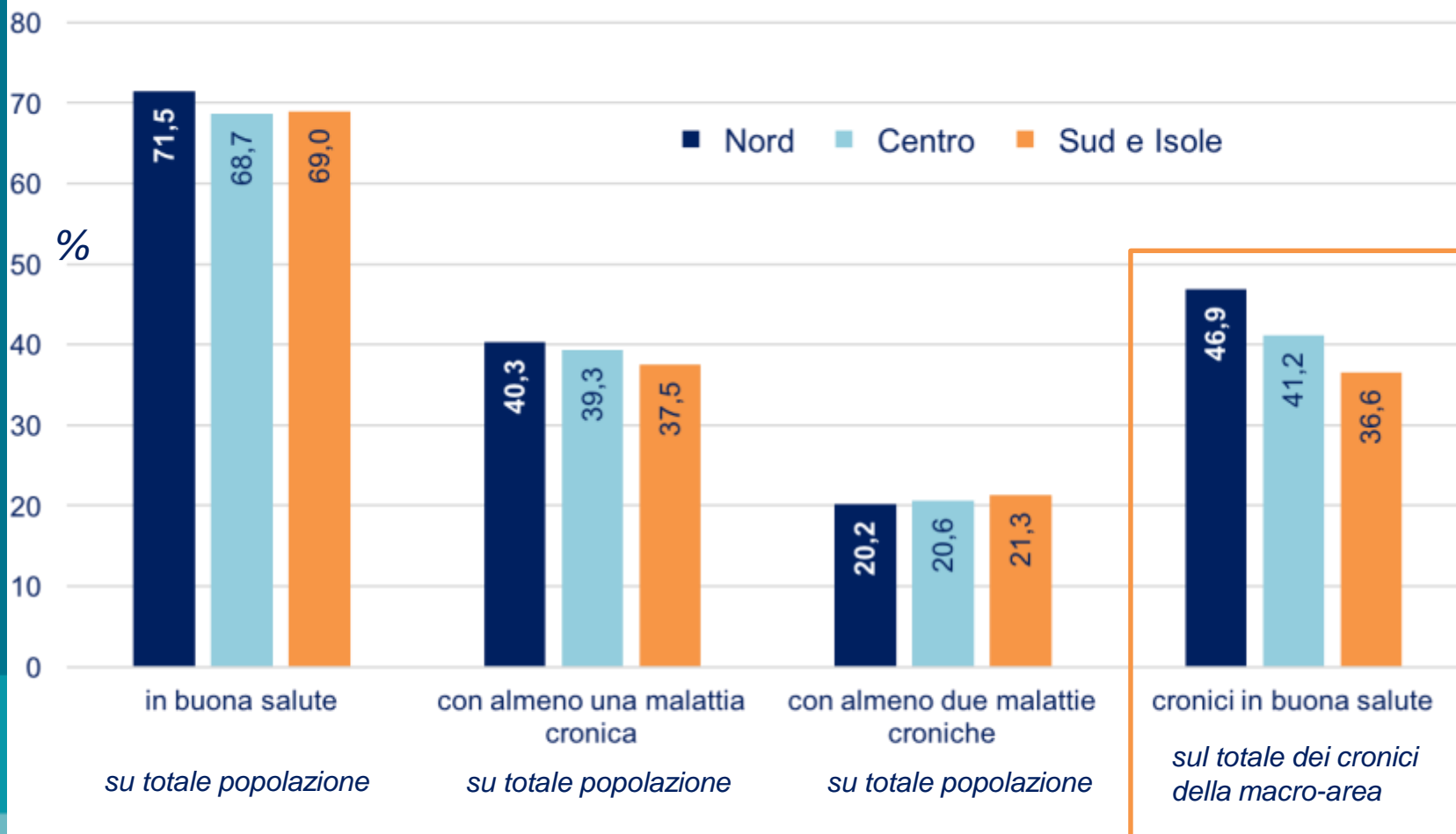
Invecchiamento e Cronicità



Diagnosi SSN

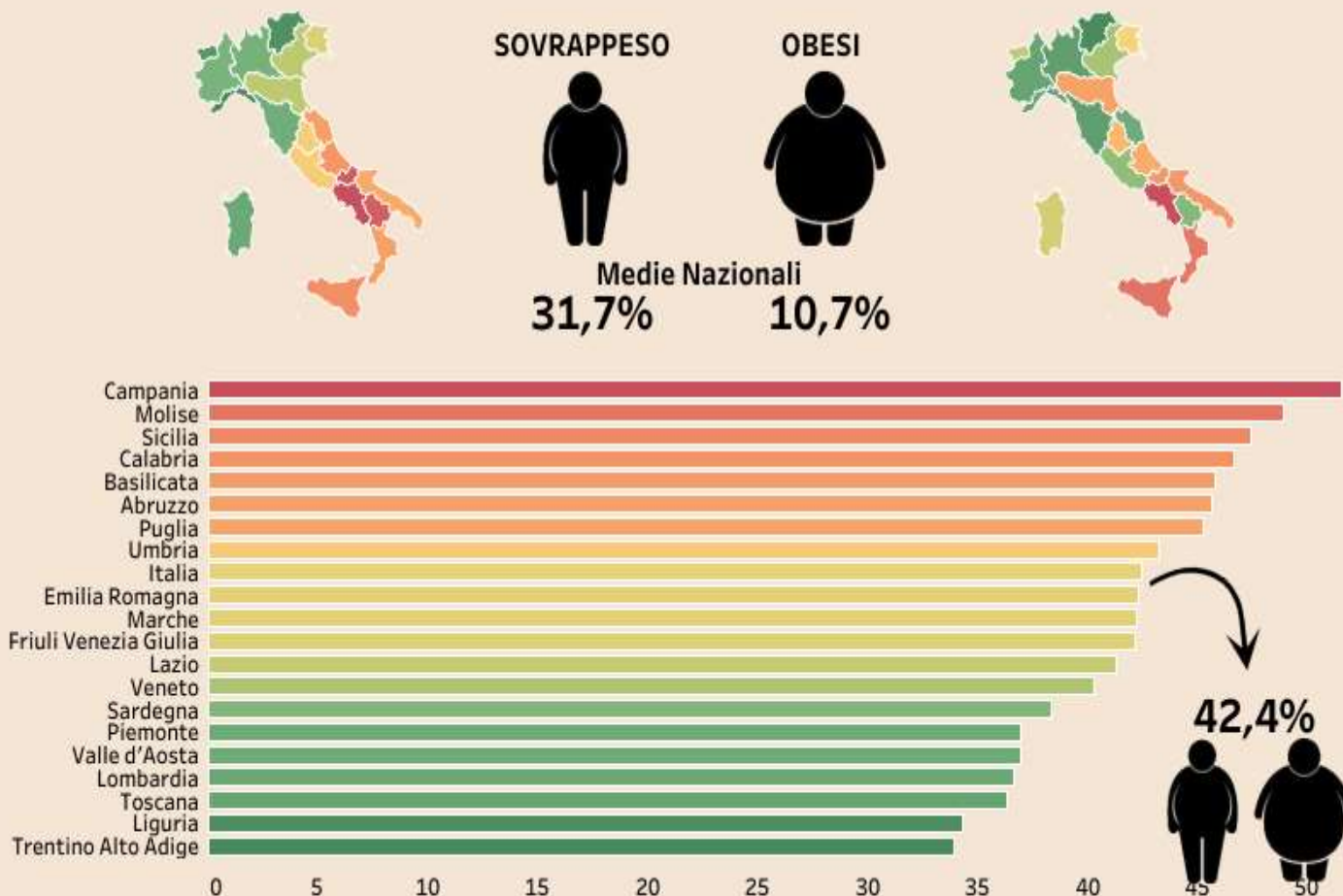
Prevalenza della cronicità e presa in carico

Condizioni di salute e patologie croniche, per area geografica, 2016, %

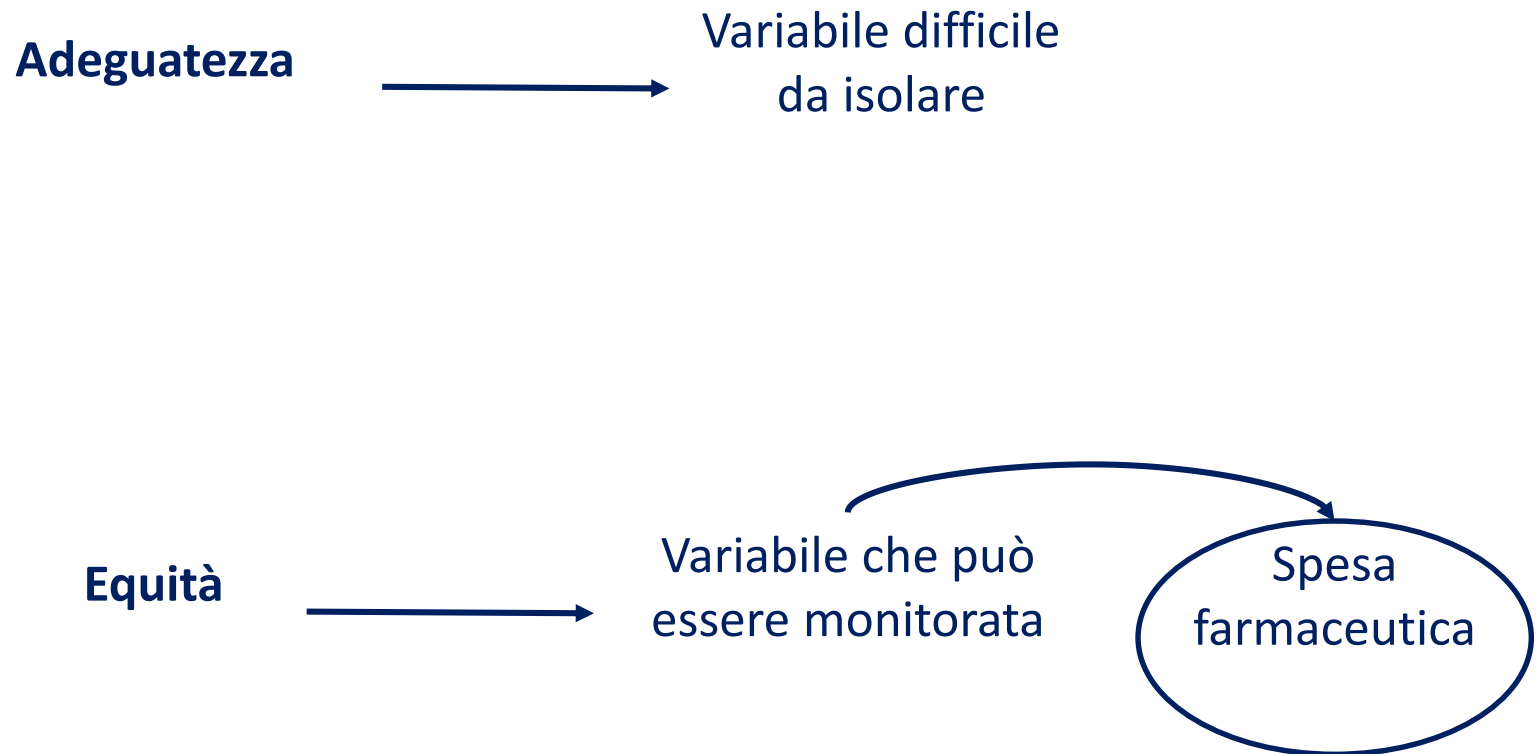


Diversificazione Regionale - 1

Italiani a Rischio Peso..



Impatto sociale



Macro-trends


Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8	8,4	13,7
Valle d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-22,1
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	-44,1	13,8	2,3	10,2	4,2	21,4	5,9	6,0
Provincia autonoma di Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	-185,6	-229,9	-223,0	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-258,8
Provincia autonoma di Trento	-143,2	-150,4	-163,7	-202,2	-210,6	-224,3	-245,6	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-195,2
Veneto	-144,6	-134,7	-148,5	-103,0	-6,1	115,0	11,6	4,4	15,7	3,5	13,7	14,5
Friuli Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-42,1	-67,9	-77,5	-69,3	-66,3	-38,4	50,5	5,8	9,8	-49,1
Liguria	-95,6	-102,3	-109,3	-126,9	-95,4	-143,0	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-70,0
Emilia Romagna	-288,5	-91,2	-42,2	-118,4	-134,9	-104,6	-47,7	0,0	13,2	0,0	0,2	0,3
Toscana	-98,4	42,8	-2,4	-164,0	-71,7	-113,4	-50,6	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-90,9
Umbria	-54,7	11,5	4,2	8,4	5,8	9,2	4,4	4,8	9,5	2,9	2,9	2,2
Marche	-47,5	15,9	34,3	12,8	-24,8	21,2	-44,8	48,5	62,1	62,0	24,5	4,6
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.693,3	-1.419,4	-1.059,6	-773,9	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-111,6
Abruzzo	-197,1	-163,5	-107,7	-43,4	1,7	36,8	9,2	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-9,3
Molise	-68,5	-69,2	-78,7	-76,3	-64,7	-37,6	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-34,7
Campania	-749,7	-862,2	-826,7	-773,9	-497,5	-245,5	-111,1	8,8	127,8	49,8	30,8	58,4
Puglia	-210,8	-265,7	-219,6	-350,3	-332,7	-108,3	3,8	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	4,5
Basilicata	3,0	-19,9	-34,7	-25,1	-36,0	-48,6	3,9	0,0	1,5	-7,7	9,8	25,8
Calabria	-55,3	-277,1	-195,3	-249,0	-187,5	-110,4	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5	-99,6	-99,2
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-352,0	-270,3	-94,3	-26,1	-7,8	0,1	0,0	13,7	-0,0	4,7
Sardegna	-129,2	-115,4	-184,9	-266,7	-283,6	-343,4	-392,0	-380,4	-361,6	-333,8	-336,7	-295,9
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.009,3	-934,7	-1.102,3
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	-726,7	-277,9	-298,6	-503,5	-407,1	-250,3	-167,1	-35,5	49,7	-38,1	-48,6	-107,6
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	-4.125,9	-3.709,9	-3.253,8	-2.832,3	-1.901,9	-1.156,8	-848,4	-784,1	-346,4	-378,1	-286,0	-191,7
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	-539,5	-436,5	-580,1	-737,9	-755,1	-383,0	-122,0	-79,5	70,8	-48,3	-29,9	18,1
Autonomie speciali ^(d)	-621,6	-628,4	-715,3	-760,9	-860,1	-907,2	-1.004,2	-885,5	-701,8	-544,8	-570,2	-821,2

Risultati d'esercizio per Regione. Anni 2006-2017 (valori in milioni di euro)

Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

Tetti di spesa farmaceutica negli anni

Fonte legislativa	Tetto di spesa territoriale	Tetto di spesa ospedaliera	Tetto di spesa farmaceutica complessiva
L. 405/2001 (art.5)	13,0%	-	13,0%
L. 326/2003 (art. 48)	-	-	16,0%
L. 222/2007 (art. 5)	14,0%	2,4%	16,4%
L. 77/2009 (art. 13)	13,6%	2,4%	16,0%
L. 102/2009 (art. 22)	13,3%	2,4%	15,7%
L. 135/2012 (art. 15)	13,1%	2,4%	15,5%
L. 135/2012 (art. 15) – per il 2013	11,35%	3,5%	14,85%

 L. 232/16

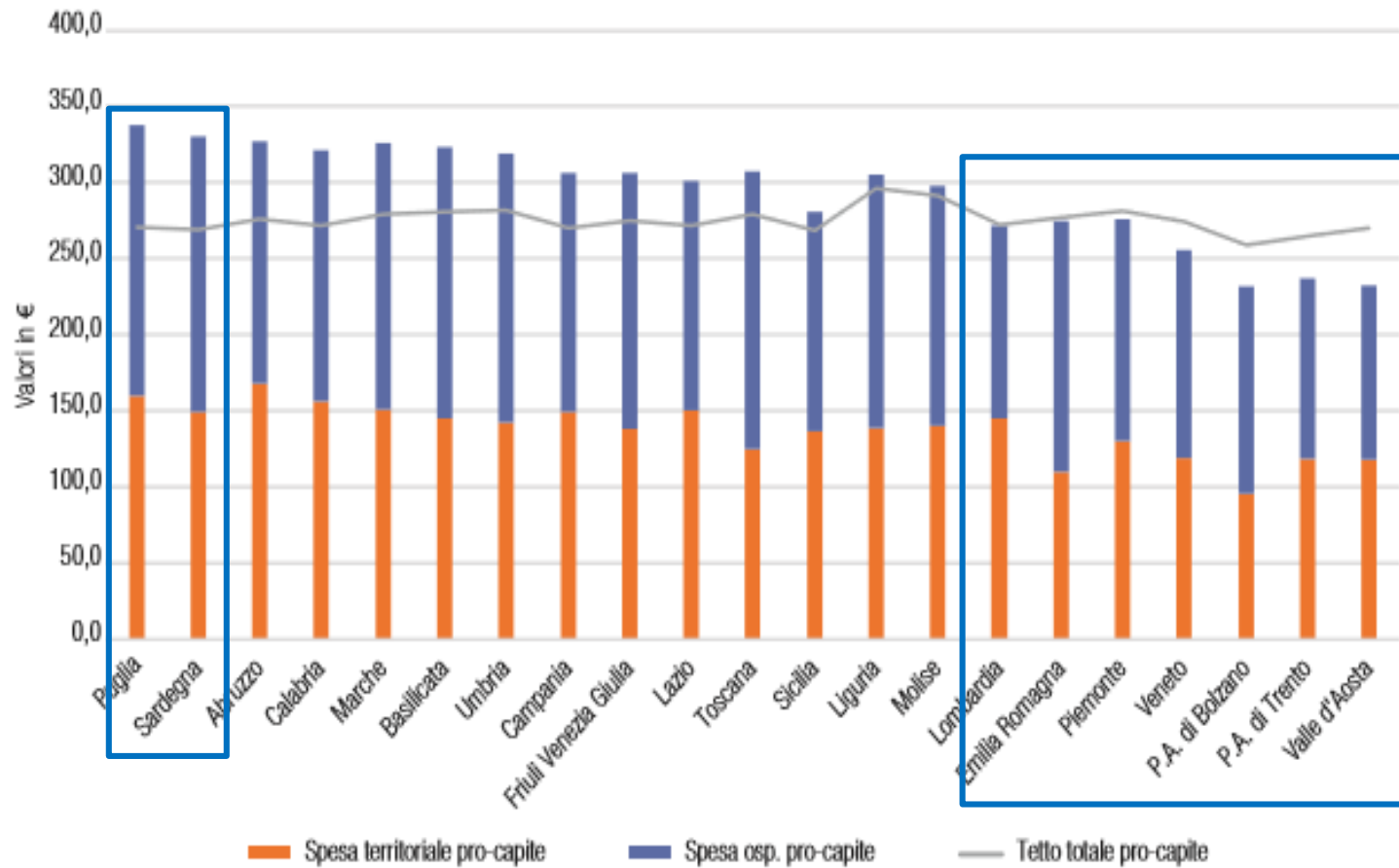
7,96

6,89

14,85

Tetto della spesa farmaceutica ospedaliera in Italia attraverso la lettura del cap imposto dalla normativa

Spesa farmaceutica pubblica: confronto regionale



* Spesa al netto del pay-back

Spesa farmaceutica* e tetto. Anno 2017.

Fonte: C.R.E.A. Sanità (2018)

I Distretti



I Distretti in Italia oggi si presentano come organizzazioni con territori e popolazioni di riferimento **rimarchevoli e differenti tra di loro:**

- 85.000 abitanti in media, con un *range* differenziale assai ampio tra Regione e Regione poiché si passa da un **bacino minimo di 24.943 abitanti per la Provincia autonoma di Bolzano, ad un massimo di 120.280 abitanti per la Lombardia**
- Si ha il 10,9% dei Distretti con un numero di abitanti inferiore a 30.000, il 24,5% ha un numero di residenti compreso tra 30.000 e 60.000 e il 64,6% dei Distretti con oltre 60.000 abitanti
- Risulta così ampiamente superato il criterio di attribuzione di almeno 60.000 abitanti per Distretto individuato dal Dlgs. 229/1999

**Un mondo ancora molto
diversificato da Regione a Regione**

I Distretti: un percorso iniziato da tempo

Legge 8 Novembre 2000 n.328:
coincidenza tra Distretti e ambiti sociali

PSN 2003-2005: Cambio di prospettiva per il distretto:
distretto soggetto attivo che intercetta il bisogno

D.Lgs n.158/2012: **definizione AFT**

D.Lgs 1999, n.229: si attribuisce al **distretto forte autonomia organizzativa**: responsabilità di governare la domanda

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3: **disaggregazione del livello di «assistenza distrettuale» in 8 livelli**

PSN 2011-2013: **Promozione delle cure primarie all'interno delle attività distrettuali**

Alcune attività del Distretto...

- **valutare il fabbisogno** e la domanda di salute
- elaborare **un'adeguata e condivisa pianificazione** strategica
- **rapporti istituzionali**, rispetto ai quali il Direttore del Distretto coadiuva e supporta la Direzione aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Volontariato e Privato sociale, le organizzazioni rappresentative di interessi diffusi.
- sviluppare la **programmazione operativa** delle attività (budgeting)
- definire un **sistema di obiettivi e indicatori** per valutare efficienza, qualità e sicurezza dell'assistenza e negoziazione del *budget*
- monitorare buon uso delle risorse, **appropriatezza** ed equità dei percorsi assistenziali
- **facilitare l'accesso all'erogazione** dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali



Il *Commissioning* nel Distretto - 1

Il termine *commissioning* nasce nel mondo anglosassone alla fine degli anni '90 per definire un'attività più sofisticata del semplice acquisto di beni e servizi da parte delle organizzazioni sanitarie, che comprendesse al suo interno anche **tutte le attività volte ad assicurare una reale risposta ai bisogni di salute di una popolazione**



Il *Commissioning* nel Distretto - 2

Il *commissioning*, in questi termini, può essere visto come un processo ciclico costituito da tre fasi:



Il ciclo di messa in servizio si basa quindi sull'analisi continua dei bisogni di una comunità e sulla configurazione di servizi in risposta ai bisogni di salute all'interno del suo contesto, **tenendo conto degli attori presenti e delle risorse disponibili**

I principi fondamentali

	Principio	Attività
1	Migliorare gli esiti (<i>outcomes</i>)	Priorità alla domanda rispetto all'offerta, incoraggiando l'innovazione
2	Sviluppare l'empowerment del paziente	Approcci condivisi all'assistenza con informazione ai pazienti creando un approccio proattivo e di collaborazione con i professionisti sanitari aiutandoli ad essere protagonisti della loro assistenza
3	Utilizzare pratiche <i>evidence based</i>	Identificazione dei bisogni di salute e strutturazione di indicatori di <i>outcome</i> per valutare la qualità dell'assistenza
4	Mobilizzare le risorse della comunità	Promuovere percorsi di coesione sociale nelle comunità territoriali
5	Rendere sostenibili i sistemi sanitari	Valutazioni economiche <i>ad hoc</i> per valutare la sostenibilità dei servizi offerti: (<i>Budget impact analysis, ABC...</i>)

Fase 1: Analisi Bisogni - 1



Risulta semplice l'individuazione dei bisogni??

- **Lettura corretta della realtà** in cui si opera richiede la capacità di riconoscere quei bisogni che non sono formalmente espressi → **Oltre alle professioni sanitarie** anche figure professionali specifiche per fotografare dettagliatamente il contesto: statistici, economisti, ingegneri gestionali
- **Processo proattivo mirato alla creazione di un rapporto** in cui le comunità collaborano attivamente con il gestore del servizio.

Fase 1: Analisi Bisogni - 2



L'attività di analisi dei bisogni di salute si articola in tre principali azioni:

1. coinvolgimento e inclusione degli *stakeholder*: comportamento **proattivo** e basato sul rapporto con **le istituzioni**
2. Raccolta e analisi di dati relativi allo stato di salute
3. Identificazione condivisa delle priorità d'azione tra distretto e *stakeholder*



«Capacità di leggere e utilizzare i dati provenienti da diverse fonti (epidemiologiche, amministrative, economiche), al fine di trasformarli in informazioni utili ad identificare i bisogni di una popolazione»

Fase 2: Acquisizione Servizi - 1

Come rispondere al bisogno?

Le soluzioni sono differenti:

- **Produzione del servizio internamente**
- Produzione del servizio da una risorsa esterna proveniente dal servizio sanitario
- Acquisto del servizio da *provider* esterno al servizio sanitario

Il requisito principale è il lavoro di rete e, conseguentemente, il conoscere, il saper lavorare ed utilizzare le reti



Fase 2: Acquisizione Servizi - 2

La fase di acquisizione dei servizi è caratterizzata da diverse attività che accomunano tutte le tipologie di servizi sanitari:

- 1. configurazione dei servizi e delle loro caratteristiche:** identificazione delle opportunità di miglioramento per offrire un insieme di servizi mirati ai bisogni di salute identificati
- 2. definizione dei sistemi di fornitura:** sottoscrizione di contratti con tutti i fornitori
- 3. gestione appropriata della domanda:** monitorare l'adeguatezza dei servizi in funzione del volume di attività atteso, degli *standard di sicurezza e qualità delle cure* per assicurare che non vengano sovra o sotto utilizzati
- 4. Supportare e incentivare i pazienti a utilizzare i servizi in maniera ottimale!**

Fase 3: Monitoraggio e valutazione dei risultati - 1

Perché è utile il Monitoraggio?

1. Supporto alle decisioni
2. Gestione delle *performance* (tramite il monitoraggio della qualità e sicurezza delle azioni e degli *outcome*)
3. Definizione e l'analisi del punto di vista degli utenti, della comunità e delle autorità locali

Il monitoraggio accorpa dati ed informazioni di natura differente, compreso il *feedback* restituito dai pazienti, ma deve anche **permettere il confronto interno ed esterno (benchmark)** e favorire **la diffusione della conoscenza**

Fase 3: Monitoraggio e valutazione dei risultati - 2

DIMENSIONI PRIORITARIE



EFFICIENZA



EFFICACIA



SODDISFAZIONE
PAZIENTE



SODDISFAZIONE
OPERATORI/ECCELLENZA
PROFESSIONALE



BENCHMARK ESTERNO



Macro-Dimensioni



- ▶ INPUT
- ▶ PROCESSI
- ▶ OUTPUT
- ▶ OUTCOME



Attori



- ▶ Pazienti
- ▶ MMG e Operatori gruppo
- ▶ Parenti
- ▶ ATSS/ASST
- ▶ Gestore

«If you can't measure it, you can't manage it»

Garvin, D.A., 1993. Building a learning organization. Harvard Business Review 71 (4), 78-91

Come Misurare??



Gli indicatori - 1

CARATTERISTICHE

L'indicatore, in quanto strumento per l'acquisizione di informazioni, deve essere strettamente collegato all'obiettivo di cui si vuole misurare il grado di raggiungimento e deve puntare a generare risultati coerenti con le risorse a disposizione e con le variabili chiave della pianificazione strategica e della programmazione operativa



Gli indicatori - 2

Un buon indicatore permette di:

- misurare i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio
- pianificare e programmare le attività aziendali (definendo obiettivi misurabili nel breve-medio-lungo periodo)
- misurare gli scostamenti (gap) tra obiettivi attesi e risultati ottenuti, e intraprendere le azioni necessarie per correggere i gap



Come misurare?



INDICATORI → Pochi e rilevanti, Chiari, Facilmente misurabili

Dimensione	Indicatore	Tipo indicatore	Razionale (cosa misuriamo)	Espressione
A quale dimensione ci si riferisce?	Esplicitare la denominazione dell'indicatore	Se indicatore di risultato, di <i>output</i> , organizzativo, <i>etc...</i>	Cosa misura l'indicatore?	Formula di calcolo (dettaglio numeratore e denominatore)

Ove possibile con un valore ***target* di riferimento**, ossia il risultato che ci si prefigge di ottenere

Un esempio di set di Indicatori - 1

Dimensione	Indicatore	Espressione
Caratteristiche popolazione	Mortalità Infantile [%}	<i>Numero di bambini deceduti a meno di un anno di età / Numero di bambini nati vivi nello stesso anno</i>
	Tasso di natalità [%]	<i>Numero delle nascite in una comunità o in un popolo durante un periodo di tempo / quantità della popolazione media dello stesso periodo</i>
	Indice di vecchiaia [%]	<i>Popolazione anziana (65 anni e oltre)/popolazione più giovane (0-14 anni)</i>

Un esempio di set di Indicatori - 2

Dimensione	Indicatore	Espressione
Dotazione distretto	Nr. Medio di AFT sul distretto [nr]	$N. AFT / Nr. Distretti per Area$
	Nr. Medio di Medici di Medicina generale operanti sul distretto [nr]	$N. MMG / Nr. Distretti per Area$
	Nr. Medio di Servizi per le dipendenze presenti sul distretto [nr]	$N. Servizi per le dipendenze / Nr. Distretti per Area$

Un esempio di set di Indicatori - 3

Dimensione	Indicatore	Espressione
Attività Distretto	% Nr. Pazienti trattati/presi in carico	<i>Nr. Pazienti trattati AFT/ Totale pazienti distretto [%]</i>
	Nr. Pazienti trattati AFT per figura professionale	<i>Nr. Pazienti trattati AFT / Nr. figura professionale [nr]</i>
	Grado di copertura vaccinali	<i>Numero di persone non più suscettibili alla malattia prevenibile / Nr totale delle persone destinatarie dell'offerta vaccinale]</i>
	% Nuovi pazienti trattati	<i>Nr. Nuovi pazienti distretto / Nr. Pazienti trattati distretto [nr]</i>
	Nr. Interventi erogati a paziente	<i>Nr. Interventi erogati/ Nr. Pazienti trattati distretto [nr]</i>

Work in Progress

In sintesi il **Distretto oggi è un luogo dove vengono sperimentati nuovi modelli organizzativi in continua evoluzione.** Deve essere favorito il coinvolgimento e l'integrazione dei professionisti sanitari con l'obiettivo di raggiungere migliori standard di efficacia, sicurezza e appropriatezza delle attività sanitarie e socio sanitarie perseguendo la centralità del paziente nel suo contesto di riferimento.



***Grazie per
l'attenzione***

Contatti

***Emanuele Porazzi
eporazzi@liuc.it***

PREPARATI AL FUTURO

Health system manager

il percorso per i professionisti
dell'organizzazione e della gestione
dei processi complessi nel settore sanitario

Laurea magistrale della Scuola di Ingegneria industriale
della LIUC in partnership con
l'Ospedale San Raffaele di Milano.



per info
T +39 0331 572.300
orientamento@liuc.it
www.liuc.it

LIUC
Università Cattaneo