

SUPSI

Rendicontare invece che curare?

Paziente al centro della cura: mito o realtà?

Trevano, 29.11.2018

Carlo De Pietro, carlo.depietro@supsi.ch

Due definizioni

Il dato di partenza: la frustrazione dei professionisti

Origini e (breve) storia della rendicontazione

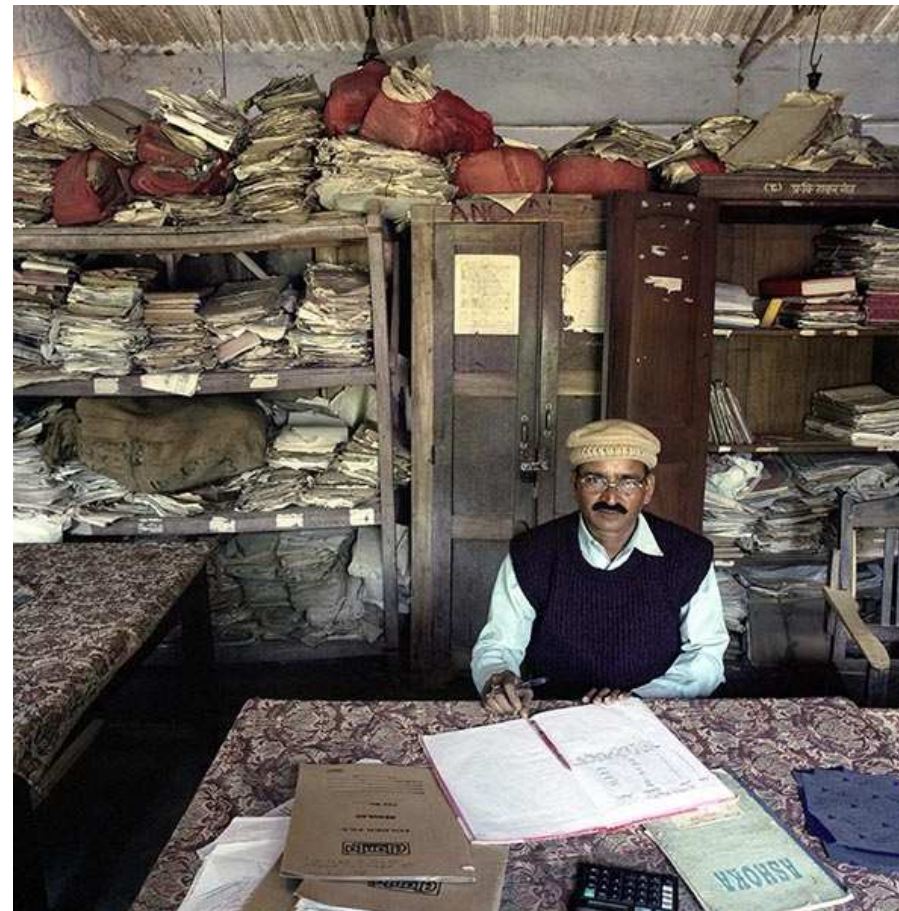
Come uscire da questa situazione?

Due definizioni

Rendicontare

v. intr. [der. di *rendiconto*] (*io rendicónto, ecc.; ausiliare avere*).

Rendere conto delle spese effettuate; fare, presentare il rendiconto. È voce propria del linguaggio burocratico e amministrativo: *si invitano gli enti in indirizzo a rendicontare sulla passata gestione*.



Accountability

Responsabilità (...) in capo a un soggetto o a un gruppo di soggetti, **del risultato conseguito** (...) sulla base delle proprie capacità, abilità ed etica. Tale responsabilità richiede giudizio e capacità decisionale, e si realizza **nei confronti di** uno o più **portatori di interessi** con conseguenze positive (premi) o negative (sanzioni), a seconda che i risultati desiderati siano raggiunti o disattesi. **L'accento non è posto** sulla responsabilità delle attività svolte (...), ma **sulla definizione specifica e trasparente dei risultati attesi** che formano le aspettative, su cui la responsabilità stessa si basa e sarà valutata. La definizione degli obiettivi costituisce, dunque, un mezzo per assicurare l'accountability.

Insieme al concetto di responsabilità, l'a. presuppone quelli di trasparenza e di compliance. La prima è intesa come accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione (...). La seconda si riferisce al rispetto delle norme ed è intesa sia come garanzia della legittimità dell'azione sia come adeguamento dell'azione agli standard stabiliti da leggi, regolamenti, linee guida etiche o codici di condotta. Sotto questi aspetti, l'a. può anche essere definita come l'**obbligo di spiegare e giustificare il proprio comportamento**. (...)



Il dato di partenza: la frustrazione dei professionisti

La perdita di autonomia professionale

BMA chairman criticises erosion of clinical autonomy

Linda Beecham *BMJ*

The morale sapping erosion of doctors' clinical autonomy will be one of Dr Ian Bogle's lasting memories of his five years as chairman of the BMA council.

Giving his last address as chairman at the BMA's annual representative meeting in Torquay this week, Dr Bogle criticised the stifling of innovation by excessive, intrusive audit and the imposition of Department of Health diktats.

He said that the suffocation of professional responsibility by target setting and production line values had left little room for the professional judgment of individual doctors or the needs of individual patients. "Paranoid centralism... will turn professionals into bean counters answerable not to their patients but to politicians, auditors, commissioners, and managers."

Dr Bogle said that when he became a doctor his motivation and satisfaction had come from knowing that he was able to



Beecham 2003.

Dr Ian Bogle claims intrusive audit stifles innovation

apply his knowledge and exercise his judgment free from control or interference from outside the consulting room.

He accepted that national standards, quality markers, and assessment of performance were essential, but "remove the responsibility, remove the risk, remove the challenge of practising medicine and you remove a large part of what being a doctor is all about." The healthcare system was now driven not by the needs of individual patients but by spreadsheets and tick boxes.

Dr Bogle criticised the lengths to which some hospitals went to meet targets, such as bussing in temporary staff, cancelling rou-

tine surgery, putting patients on reserve waiting lists, and making staff work double or extended shifts. There were, however, good targets, such as those drawn up by clinicians for clinicians to try to reduce death rates from heart disease and cancer.

But politically motivated national performance targets had driven a wedge between doctors and managers.

Dr Bogle said his successor must persuade the government that if it was prepared to engage the medical profession in a debate about the future of the NHS it could restore the profession's confidence in its handling of the service. □

La perdita di autonomia professionale

«Paranoid centralism... will turn professionals into bean counters answerable not to their patients but to politicians, auditors, commissioners, and managers»

BMA chairman criticises erosion of clinical autonomy

Linda Beecham *BMJ*

The morale sapping erosion of doctors' clinical autonomy will be one of Dr Ian Bogle's lasting memories of his five years as chairman of the BMA council.

Giving his last address as chairman at the BMA's annual representative meeting in Torquay this week, Dr Bogle criticised the stifling of innovation by excessive, intrusive audit and the imposition of Department of Health diktats.

He said that the suffocation of professional responsibility by target setting and production line values had left little room for the professional judgment of individual doctors or the needs of individual patients. "Paranoid centralism... will turn professionals into bean counters answerable not to their patients but to politicians, auditors, commissioners, and managers."

Dr Bogle said that when he became a doctor his motivation and satisfaction had come from knowing that he was able to



eecham 2003.

Dr Ian Bogle claims intrusive audit stifles innovation

apply his knowledge and exercise his judgment free from control or interference from outside the consulting room.

He accepted that national standards, quality markers, and assessment of performance were essential, but "remove the responsibility, remove the risk, remove the challenge of practising medicine and you remove a large part of what being a doctor is all about." The healthcare system was now driven not by the needs of individual patients but by spreadsheets and tick boxes.

Dr Bogle criticised the lengths to which some hospitals went to meet targets, such as bussing in temporary staff, cancelling rou-

tine surgery, putting patients on reserve waiting lists, and making staff work double or extended shifts. There were, however, good targets, such as those drawn up by clinicians for clinicians to try to reduce death rates from heart disease and cancer.

But politically motivated national performance targets had driven a wedge between doctors and managers.

Dr Bogle said his successor must persuade the government that if it was prepared to engage the medical profession in a debate about the future of the NHS it could restore the profession's confidence in its handling of the service. □

La perdita di autonomia professionale

«The healthcare system was now driven not by the needs of individual patients but by spreadsheets and tick boxes»

BMA chairman criticises erosion of clinical autonomy

Linda Beecham *BMJ*

The morale sapping erosion of doctors' clinical autonomy will be one of Dr Ian Bogle's lasting memories of his five years as chairman of the BMA council.

Giving his last address as chairman at the BMA's annual representative meeting in Torquay this week, Dr Bogle criticised the stifling of innovation by excessive, intrusive audit and the imposition of Department of Health diktats.

He said that the suffocation of professional responsibility by target setting and production line values had left little room for the professional judgment of individual doctors or the needs of individual patients. "Paranoid centralism... will turn professionals into bean counters answerable not to their patients but to politicians, auditors, commissioners, and managers."

Dr Bogle said that when he became a doctor his motivation and satisfaction had come from knowing that he was able to



eecham 2003.

Dr Ian Bogle claims intrusive audit stifles innovation

apply his knowledge and exercise his judgment free from control or interference from outside the consulting room.

He accepted that national standards, quality markers, and assessment of performance were essential, but "remove the responsibility, remove the risk, remove the challenge of practising medicine and you remove a large part of what being a doctor is all about." The healthcare system was now driven not by the needs of individual patients but by spreadsheets and tick boxes.

Dr Bogle criticised the lengths to which some hospitals went to meet targets, such as bussing in temporary staff, cancelling rou-

tine surgery, putting patients on reserve waiting lists, and making staff work double or extended shifts. There were, however, good targets, such as those drawn up by clinicians for clinicians to try to reduce death rates from heart disease and cancer.

But politically motivated national performance targets had driven a wedge between doctors and managers.

Dr Bogle said his successor must persuade the government that if it was prepared to engage the medical profession in a debate about the future of the NHS it could restore the profession's confidence in its handling of the service. □

Il tempo speso su attività non direttamente legate al paziente

Annals of Internal Medicine

ACADEMIA AND THE PROFESSION

Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts

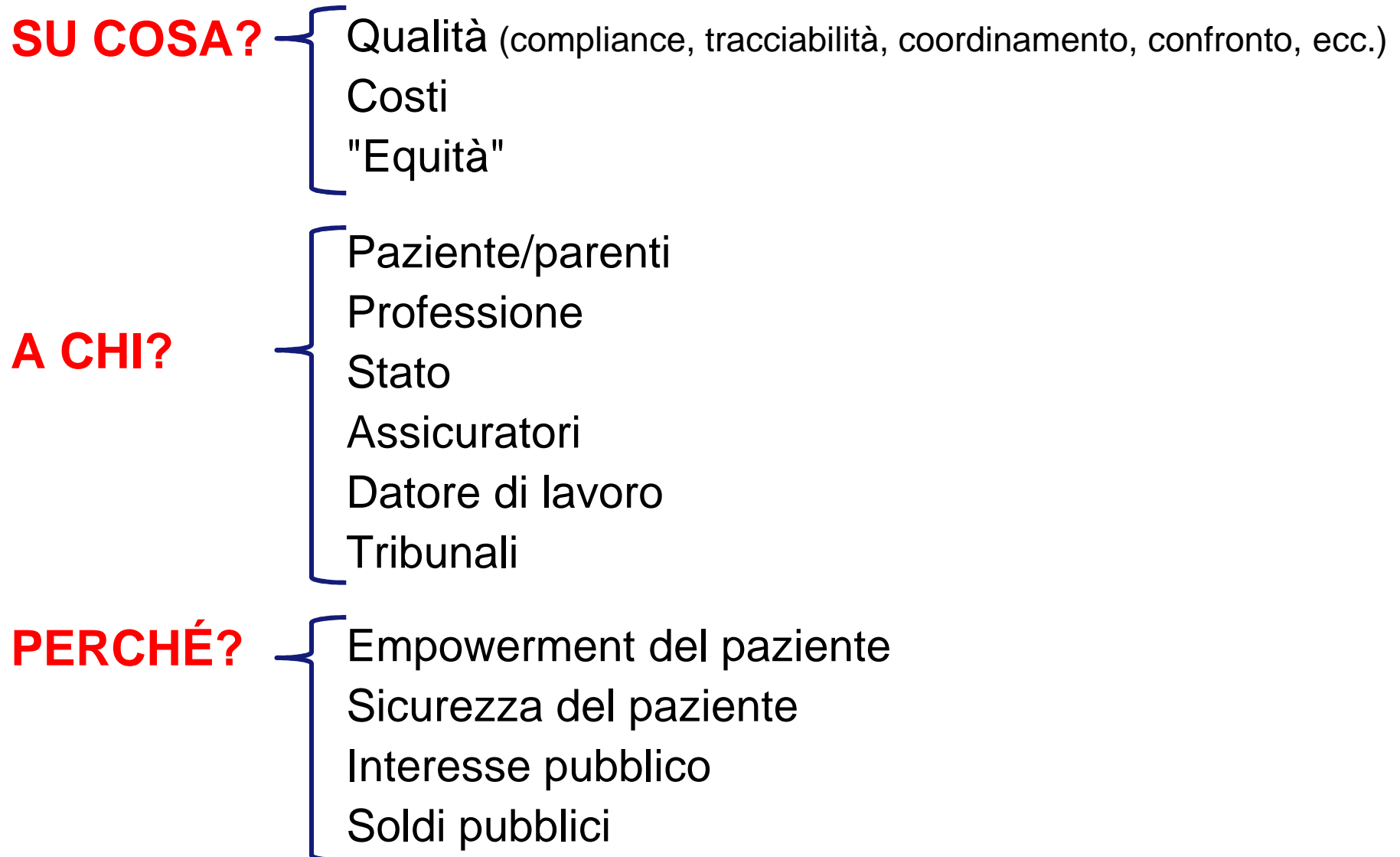
Nathalie Wenger, MD; Marie Méan, MD; Julien Castioni, MD; Pedro Marques-Vidal, MD, PhD; Gérard Waeber, MD; and Antoine Garnier, MD, MBA

Twenty-two activities were categorized as directly related to patients, indirectly related to patients, communication, academic, nonmedical tasks, and transition. In addition, the presence of a patient or colleague and use of a computer or telephone during each activity was recorded.

Day shifts lasted 11.6 hours (1.6 hours more than scheduled). During these shifts, activities indirectly related to patients accounted for 52.4% of the time, and activities directly related to patients accounted for 28.0%. Residents spent an average of **1.7 hours with patients, 5.2 hours using computers, and 13 minutes doing both**. Time spent using a computer was scattered throughout the day, with the heaviest use after 6:00 p.m.

Origini e (breve) storia della rendicontazione

Rendicontare...



Rendicontare...

SU COSA?

Qualità (compliance, tracciabilità, coordinamento, confronto, ecc.)

Costi

"Equità"

**La prestazione ricevuta era necessaria?
Ed è stata di qualità?**



Rendicontare...

SU COSA? { Qualità (compliance, tracciabilità, coordinamento, confronto, ecc.)
Costi
"Equità"

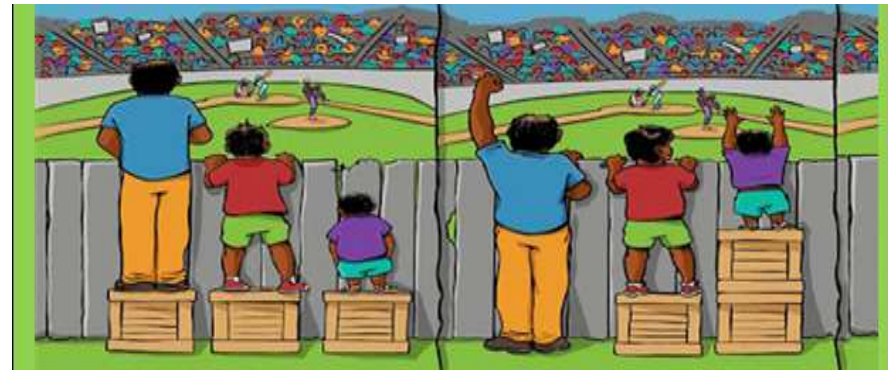
**Quanto costa il servizio?
Il prezzo che pago è giusto?**



Rendicontare...

SU COSA? { Qualità (compliance, tracciabilità, coordinamento, confronto, ecc.)
Costi
"Equità"

**I diritti delle persone sono stati rispettati?
Le risorse pubbliche sono state usate correttamente?**



Rendicontare...

SU COSA?

- Qualità (tracciabilità, coordinamento, confronto, ecc.)
- Costi
- "Equità"

A CHI?

chi di voi è contro questa rendicontazione?!

- Paziente/parenti
- Professione
- Stato
- Assicuratori
- Datore di lavoro
- Tribunali

PERCHÉ?

- Empowerment del paziente
- Sicurezza del paziente
- Interesse pubblico
- Soldi pubblici

Un po' di storia

FINO A METÀ ANNI OTTANTA

Professionalismo per l'organizzazione e la gestione delle attività (sotto controllo medico)



Un po' di storia

FINO A METÀ ANNI OTTANTA

Professionalismo per l'organizzazione e la gestione delle attività (sotto controllo medico)

Politica per il consenso esterno e il reperimento delle risorse



Un po' di storia

FINO A METÀ ANNI OTTANTA

Professionalismo per l'organizzazione e la gestione delle attività (sotto controllo medico)

Politica per il consenso esterno e il reperimento delle risorse

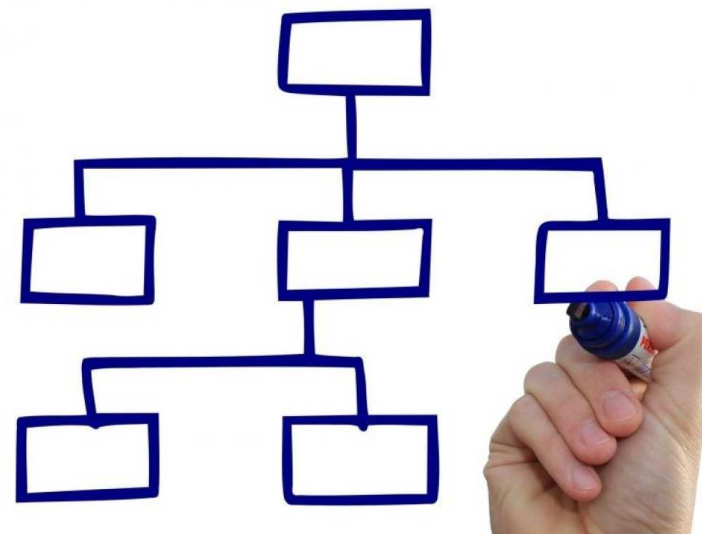
Amministrazione limitata alla correttezza legale-procedurale



Un po' di storia

DA FINE ANNI OTTANTA

Management per l'organizzazione delle attività con tecnostrutture dedicate



Un po' di storia

DA FINE ANNI OTTANTA

Management per l'organizzazione delle attività con tecnostrutture dedicate

Controlli e certificazioni esterni su aspetti clinici, tecnologici, strutturali, di funzioni di supporto, ecc.



Un po' di storia

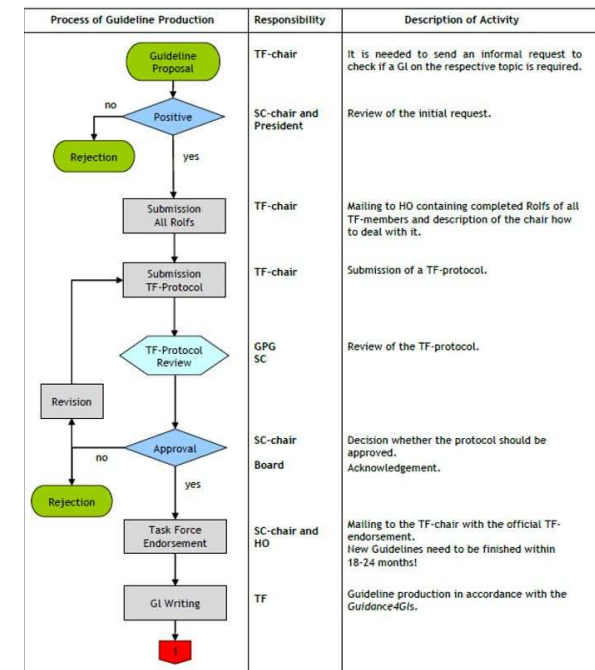
DA FINE ANNI OTTANTA

Management per l'organizzazione delle attività con tecnostrutture dedicate

Controlli e certificazioni esterni su aspetti clinici, tecnologici, strutturali, di funzioni di supporto, ecc.

Appesantimento normativo a livello cantonale e federale, e da parte delle società scientifiche

Si pubblica il martedì e il venerdì	Repubblica e Cantone Ticino	Bellinzona Martedì 28 aprile 2015 Anno 172	33-34 2015
Abbonamenti Svizzera IVA 2,5% compresa 1 anno fr. 130.- 6 mesi fr. 83.- 1 mese fr. 37.- Estero 1 anno fr. 210.- 6 mesi fr. 153.- 1 mese fr. 71.-		Cancelleria dello Stato	
Foglio ufficiale			
Atti legislativi e dell'Amministrazione	3749	1	
Atti dello stato civile	-	2	
Atti ed avvisi giudiziari	3762	3	



Un po' di storia

DA FINE ANNI OTTANTA

Management per l'organizzazione delle attività con tecnostrutture dedicate

Controlli e certificazioni esterni su aspetti clinici, tecnologici, strutturali, di funzioni di supporto, ecc.

Appesantimento normativo a livello cantonale e federale, e da parte delle società scientifiche

Il tutto "aiutato" dall' ICT



Un po' di storia

DA FINE ANNI OTTANTA

Management per l'organizzazione
delle attività con tecnostutture
dedicate

**ci siamo infilati in una trappola
e non sappiamo cosa fare?!**

Controlli e certificazioni esterne
Appesantimento normativo

Come uscire da questa situazione?

SUPSI Rendicontare invece che curare?

Il nodo di fondo

Ampia paletta di attività...

... molto **specializzate**...

... e con una **variabilità naturale**
(legata alle caratteristiche del
paziente) che resta alta



Come uscirne?

Azione professionale?
Rifondazione epistemologica?
Forse.

Ma anche:

1. Buon management



**«I have long suspected that running even the most complicated corporations must be a child's play compared to managing almost any hospital»
(H. Mintzberg)**

Come uscirne?

Azione professionale?
Rifondazione epistemologica?
Forse.

Ma anche:

1. Buon management
2. Credibilità e deontologia professionale (“tutti si impegnino a mantenersi adeguati”; “nessuno bari”)



Come uscirne?

Azione professionale?
Rifondazione epistemologica?
Forse.

Ma anche:

1. Buon management
2. Credibilità e deontologia professionale (“tutti si impegnino a mantenersi adeguati”; “nessuno bari”)
3. Riprogettazione dei processi di cura e assistenziali mettendosi nell’ottica del paziente



Come uscirne?

Azione professionale?
Rifondazione epistemologica?
Forse.

Ma anche:

1. Buon management
2. Credibilità e deontologia professionale (“tutti si impegnino a mantenersi adeguati”; “nessuno bari”)
3. Riprogettazione dei processi di cura e assistenziali mettendosi nell’ottica del paziente
4. Evitare derive giuridiche non utili al sistema

DEVI ESSERE
RISARCITO?
I TUOI ALLEATI SIAMO
NOI

**TI ANTICIPIAMO LE SPESE,
E SE NON SARAI RISARCITO
LE PAGHEREMO NOI!**

Numero Verde
800-102595

Per ricevere maggiori
informazioni contatta
il nostro Numero Verde

Grazie per
l'attenzione!

