



Con il patrocinio della



PATROCINIO
REGIONE del VENETO

ASIAGO-GALLIO
20-21 SETTEMBRE 2018

HOTEL GAARTEN
VIA KANOTOLE 13/15
GALLIO

SUMMER SCHOOL 2018
GOVERNARE IL CAMBIAMENTO

2018 **MOTORE**
SANITÀ
Sanità Universale

Liste di attesa nei sistemi europei

Problemi e soluzioni

L'esperienza della Regione Toscana

Dott.ssa Monica Calamai
Dott. Matteo Tomaiuolo



Regione Toscana



Il problema dell'attesa



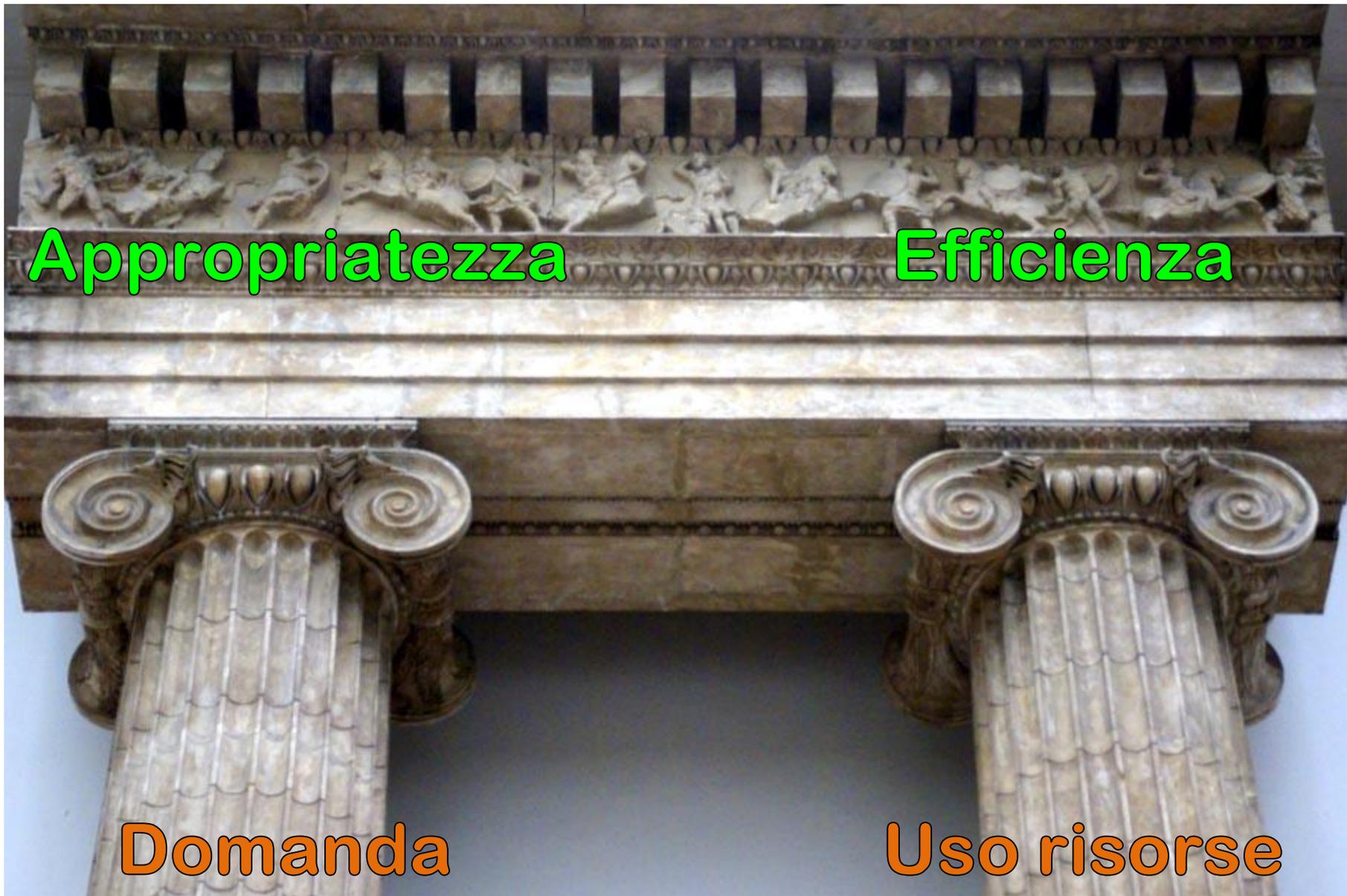
- a) Programmazione ambulatoriale**
- b) Gestione liste chirurgia elettiva**
- c) Boarding nell'emergenza urgenza**



Regione Toscana



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana



Appropriatezza

Efficienza

Domanda

Uso risorse



Normativa Regione Toscana

- 2000** DGR 245: Tempi massimi di attesa AMB
- 2001** DGR 418: TAT “glossario” AMB
- 2001** DGR 619: CUP
- 2006** DGR 143 e 867: Bonum Malum AMB
- 2009** DGR 638: Lista chirurgica unica
- 2011** DGR 493: PNGLA → piano regionale
- 2013** DGR 529: Prevalenza Istituzionale su LP
- 2016** DGR 1068: Follow-up oncologico
- 2016** DGR 1080: Programmazione AMB
- 2018** DGR 476 e 750: TAT Gestione Operativa



Gestione Operativa

**Allineare dinamicamente
la capacità di risposta, allocando
risorse in relazione all'andamento
della domanda**

- a) Programmazione ambulatoriale**
- b) Gestione liste operatorie chirurgia elettiva**
- c) Bed management emergenza urgenza**

Gestione Operativa



Programmazione ambulatoriale

Dalla prestazione al percorso

Presa in carico, day service, follow-up...

PSSRI Toscana 2018-2020: PDTAS®



Priorità primo contatto: Cardiologia

Prima visita specialistica (U, B, D, P)

priorità U entro 72 ore	priorità B entro 7-10 gg	priorità D entro 30 gg
Sospetta insorgenza di scompenso cardiaco	Dolore di sospetta origine coronarica con caratteristiche cliniche stabili	Soffi cardiaci : primo riscontro, in assenza di sintomi o paucisintomatici
Bradycardia Sintomatica	Pre-sincope di natura incerta con caratteristiche situazionali	Ipertensione arteriosa mal controllata con l'utilizzo di 4 o più farmaci, di cui, uno, diuretico
Sospetta complicanza di recente impianto di Pace Maker	Significativo scadimento funzionale in soggetto con cardiopatìa nota	Dispnea da sforzo con pro-BNP positivo
Riacutizzazione sintomatica di paziente in carico alla cardiologia	Cardiopalmò , in particolare se esacerbato dallo sforzo	FA cronica vedi percorso
	Perdita di coscienza di sospetta natura cardiologica	
	Pregresso o recente TIA con sospetto di cardioembolismo	
	Ridotta tolleranza allo sforzo in valvulopatìa nota	



Conoscere la domanda

Valutazioni sull'attività prescrittiva (prescrizione dematerializzata) per Area Vasta per mese

Toscana Centro

Visita Cardiologica

Priorità	Medico di medicina Generale	Pediatra di libera scelta	Medico specialista ambulatoriale	Medico ospedaliero	Medico libero professionista di ruolo sanitario con contratto legato a progetti a tempo determinato	Medico di emergenza sanitaria territoriale	Medico continuità assistenziale	N.A.	Totale
U	86	1		3					90
B	488	6		51	2				547
D	854	5		10					869
P	181	6		24					211
I	5.185	167	60	444	3	1	2	19	5.881
Totale	6.794	185	60	532	5	1	2	19	7.598

Integrazione ASL-AOU: CUP di Area VAsta



Integrazione ASL-AOU: CUP di Area Vasta



Riorganizzazione Amb Cardiologia

5.000 consulenze / anno

(1° visita cardiologica + ECG + ECD cardiaco)

Ogni settimana:

72 prenotazioni circuito CUP metropolitano

24 priorità U “fast track”

18 priorità B

30 priorità D

25 prenotazioni percorsi interni e Day Service
(dirette e Centro Servizi)

Riorganizzazione Amb Cardiologia

Cardiologia

consulenza cardiologica (visita ecg eco)

Start-up 2 ottobre 2017

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
8.00	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U
8.45	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U
9.30	Prior. B	Prior.D	Prior. B	Prior. B	Prior U	Prior U
10.15	Prior. B	Prior.D	Prior. B	Prior. B	Prior U	Prior. B
11.00	Prior.D	Prior.D	CUP	Prior.D	Prior. B	Prior. B
11.45	Prior.D	Prior.D	CUP	Prior.D	Prior. B	
12.30	Prior.D	Prior.D	CUP	Prior.D	Prior.D	
13.15	Prior.D	Prior.D	Prior.D	Prior.D	Prior.D	
14.00	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U		
14.45	Prior U	Prior U	Prior U	Prior U		
15.30	Prior. B	Prior.D	Prior. B	Prior. B		
16.15	Prior. B	Prior.D	Prior. B	Prior. B		
17.00	Prior.D	Prior.D	Prior.D	Prior.D		
17.45	Prior.D	Prior.D	Prior.D	Prior.D		
18.30	Prior.D	Prior.D	Prior.D			



Regolamento AOUC

Livelli di governo

Criteri organizzativi

Primo
accesso

Gestione Agende

e presa
in carico

Regolamento: Livelli di Governo

Pianificazione strategica: Direzione Aziendale

definisce le **linee di sviluppo**, partecipa alla programmazione di AV Centro e fornisce **obiettivi di budget** e **indirizzi** per la modulazione dell'offerta

Programmazione: Cabina di Regia Ambulatoriale

Realizza gli indirizzi con apporto integrato delle Strutture centrali, Dipartimenti e Piattaforme produttive **coordinate dal Direttore Sanitario**

Gestione: Tavolo Operativo Poliambulatorio

Poliambulatorio: dimensione organizzativa di erogazione in cui i medici delle SOD e Unit operano assieme al personale di assistenza e di supporto.

Regolamento Ambulatoriale

Criteri organizzativi

Criteri con cui Direttori e Responsabili realizzano le premesse per garantire equità, uniformità, agilità, efficienza e economicità ai processi di erogazione della specialistica ambulatoriale.

- 1. Dimensionamento delle AAA**
- 2. Efficiente impiego delle risorse umane e tecnologiche**
- 3. Presenza personale di assistenza e supporto in relazione ai bisogni**
- 4. Rapporto dell'attività istituzionale con l'attività libero professionale**
- 5. Servizi generali e locali di interfaccia con l'utenza**
6. Assegnazione delle sedute e costanza del ritmo settimanale di utilizzo
- 7. Contenimento dell'attesa del paziente all'interno della struttura**
- 8. Connessione tra la prescrizione medica e la prenotazione (qualità)**
9. Separazione tra "primo accesso" e "presa in carico"
10. Sblocco degli slot prenotabili riservati

Criteri organizzativi:

Dimensionamento poliambulatori

la ottimale **dotazione** e **presenza di personale sanitario non medico** e di supporto e l'ottimale funzionamento dei **servizi di interfaccia all'utenza**, possono essere conseguiti e garantiti efficacemente nell'orario di apertura del poliambulatorio a condizione di perseguire il massimo dimensionamento dei poliambulatori (**trasferimenti accorpamenti**) per garantirne il **→ presidio da parte del personale**

1

Regolamento Ambulatoriale

Criteri organizzativi:

Efficienza impiego di personale, locali e apparecchiature

2

Turnazioni personale di Comparto 7:00-20:00.

→ attività cliniche 8:00-19:30.

Locali, apparecchiature, strumenti, arredi (manutenzione, illuminazione, riscaldamento, ammortamento, obsolescenza) 7/7 giorni

→ Attività cliniche 6 giorni a settimana 12 ore al giorno. Sabato possibili modelli su 6 ore.

→ incremento di attività

→ tempi ridotti di sostituzione ammodernamento

Regolamento Ambulatoriale

Criteri organizzativi:

**Presenza di personale di
Comparto per bisogni specifici**

Superare difformità tra ambulatori aziendali

criteri uniformi per definire il fabbisogno di personale, graduati per intensità di cura.

Presenza costante del personale nel singolo ambulatorio nei soli casi impegno continuativo per complessità della specifica attività.

Restanti casi il personale sanitario e di supporto secondo il fabbisogno occasionale preventivato.

presente nell'AAA ma non assegnato all'amb.

3

Regolamento Ambulatoriale

Criteri organizzativi:

Presenza di personale di

Comparto per bisogni specifici

criteri generali per valutazione del fabbisogno.

3

Primi criteri di valutazione del fabbisogno	Grado	0	1	2	3	4	5	6
Autonomia / Dipendenza (0 autonomo 6 totalmente dipendente)		-	-	-	-	OSS	OSS	OSS
Orientato / Disorientato (0 orientato 6 disorientato tempo /spazio)		-	-	-	-	OSS	OSS	OSS
Calmo / Agitato (0 paz tranquillo 6 agitato, da sorvegliare)					-			OSS
Accompagnato / Solo (0 caregiver o volontari, 6 non accompagnato)					-			OSS
Stabile / Instabile (0 parametri ok – 6 un parametro vitale alterato)					-			INF
Manovre invasive o comunque manovre che alterano parametri vitali (0 no manovre 6 manovre invasive)					-			INF
Somministrazione di farmaci (0 no – 6 si)					-			INF
Complessità attività (es: 0 non complessa, 1 medicazione semplice, 2 avanzata, 3 sutura toilette chirurgica ferita... 5 artrocentesi, 6 alta complessità)		-	OSS	OSS	INF	INF	INF OSS	INF OSS

Criteri organizzativi:

Rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale

Principio di prevalenza nel rapporto tra i volumi dell'attività istituzionale e libero professionale valutato a livello di singola SOD, congiuntamente al **rispetto dei tempi di attesa** in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della **libera scelta del cittadino di avvalersi del regime LP**

Regolamento Ambulatoriale

Criteri organizzativi:

Servizi di interfaccia con l'utenza:

Centro Servizi - centralizza informazione, URP, gestione della prenotazione primo accesso e spostamento appuntamenti (casi previsti), prenotazione on-line, call center CUP

SIP, punti di presa in carico globale - accoglienza, accettazione, riprenotazione in ciascun edificio.

Superare frammentazione (tempi di apertura, dimensionamento, accessibilità telefonica)

5

Regolamento Ambulatoriale

7

Criteri organizzativi:

**Contenimento dell'attesa dei
pazienti all'interno della struttura:**

previsione cadenze orarie nelle agende

piano di lavoro SOD senza contemporaneità compiti

puntualità di preparazione spazi e apparecchiature

puntualità di avvio delle sedute

personale di accoglienza basato su utenti attesi.

**Qualità intrinseca + spazi di attesa non affollati +
brevi attese all'interno = alta qualità percepita**

Criteri organizzativi:

**Prescrizione e prenotazione:
lo specialista controlla il TAT**

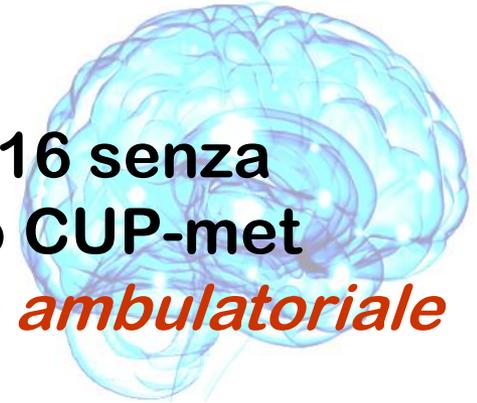
**Per i controlli il paziente deve uscire dal Servizio
con prescrizione e prenotazione**

Solo lo specialista può valutare la congruità tra il primo posto disponibile in agenda e la cadenza del controllo da egli prescritto. Il paziente avrà la certezza che è un “tempo di programmazione” stabilito dal clinico e non avrà la percezione che si tratti invece un “tempo di attesa” dovuto all’inefficienza del sistema.

Riorganizzazione Ambulatoriale

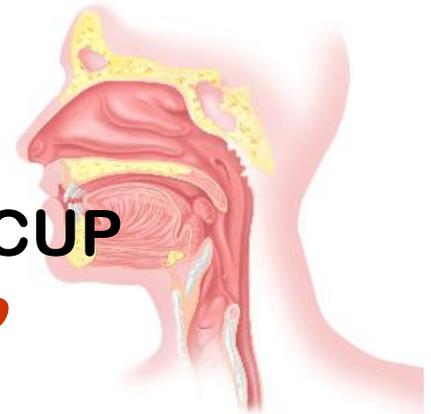
Neurologia

Aumentata offerta a **20 PV/settimana** di cui 16 senza vincolo di Quesito Diagnostico con accesso CUP-met
In corso riorganizzazione dell'intera attività ambulatoriale ottimizzazione personale e spazi



Otorinolaringoiatria

Aumento offerta a **10 PV/settimana** accesso CUP
PDTA → riduzione ricorso a visite di controllo



Ortopedia Oncologica

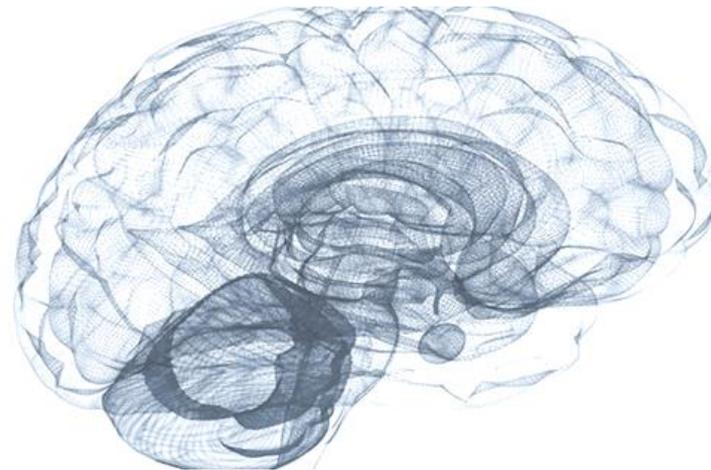
Aumento offerta **5 PV/settimana** accesso CUP-met oltre ad accesso CORD. Aumento offerta 15 controlli/settimana



Riorganizzazione Ambulatoriale

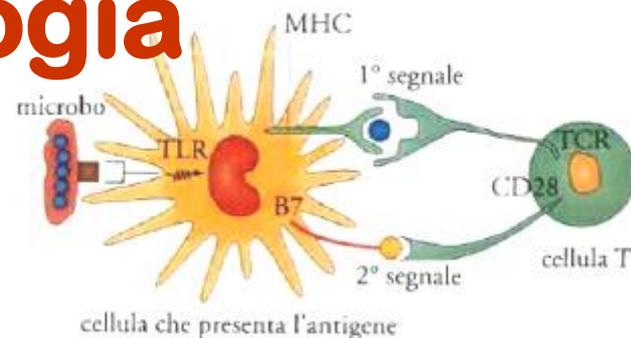
Neurochirurgia

Attiva offerta **28 PV/settimana**
con accesso CUP-met



Allergologia e immunologia

Attiva offerta di **44 e 20 PV/settimana**
con accesso CUP-met



Reumatologia

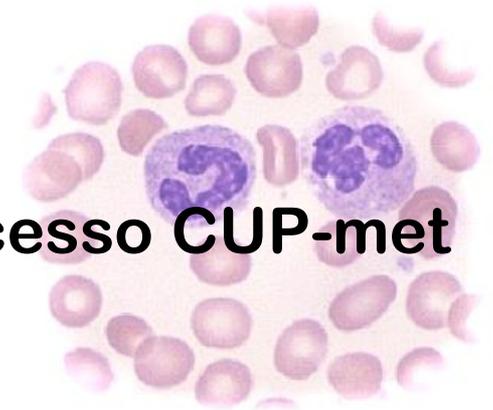
Attiva offerta di **18 PV/settimana** per artriti,
sclerodermia, s. di Sjogren, spondiloartriti,
tutte con accesso CUP-met



Riorganizzazione Ambulatoriale

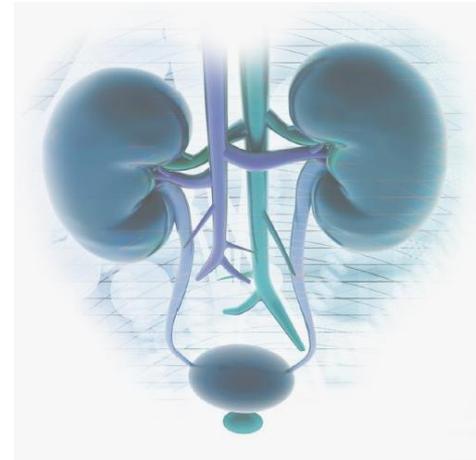
Ematologia

Apertura offerta **75 PV/settimana** con accesso CUP-met
Riorganizzata attività ambulatoriale



Urologia

Attiva offerta di **68 PV/settimana**
con accesso CUP-met



Ortopedia

Attiva offerta **46 PV/settimana + 18 PV/settimana** chirurgia
della mano e ricostruttiva, tutte con accesso CUP-met



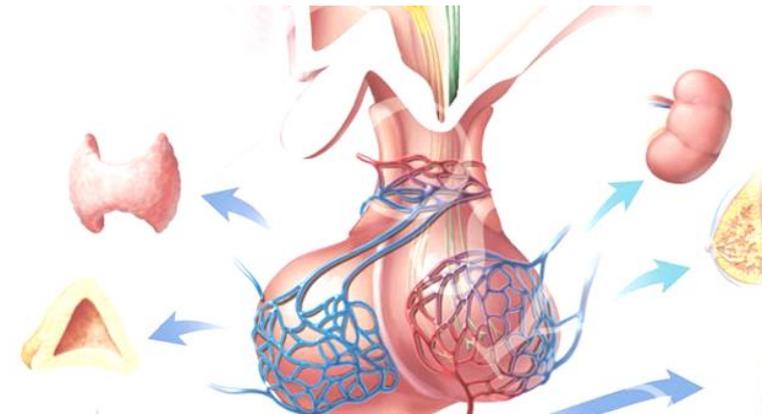
Oculistica

Attiva offerta **38 PV/sett** per cataratta, **18 PV/sett** per chirurgia refrattiva, **9 PV/sett** per cornea, **12 PV/sett** per glaucoma, **2 PV/sett** per oncologia oculare, **2 PV/sett** per strabismo, **6 PV/sett** per retinopatia, tutte con accesso CUP-met



Endocrinologia

Attiva offerta **38 PV/settimana**, tutte con accesso CUP-met



Regolamento Ambulatoriale

Incontri Cabina di Regia con Discipline

- Primo incontro
- Incontri successivi e SAL

Data	9:00 - 11:00	11:00 - 12:30
07/09/2018	1° Andrologia	2° Senologia
14/09/2018	1° Odontostomatologia e Maxillo Facciale	2° Psichiatria
21/09/2018	FEEDBACK	2° Geriatria e UTIG
28/09/2018	1° Centro trombosi e Malattie Emorragiche	SAL interno
05/10/2018	1° Breast Unit	2° Alcologia
12/10/2018	1° Interventistica Neurovascolare	2° Malattie del Metabolismo Osseo
19/10/2018	FEEDBACK	2° Medicina dello Sport
26/10/2018	1° Nefrologia	2° Odontostomatologia e Maxillo Facciale
09/11/2018	1° Aritmologia	1° Terapia del dolore
16/11/2018	1° Radiologia Interventistica	2° Diabetologia
23/11/2018	FEEDBACK	2° Epatologia
30/11/2018	Da definire	SAL interno
07/12/2018	Da definire	2° Cardiochirurgia
14/12/2018	Da definire	2° Andrologia

Restituzione del paziente al territorio



Restituzione del paziente al territorio



(c) Erik Johansson
www.altrelinget.com



Gestione processo chirurgico

Toscana: attività chirurgica

8.715 Posti letto ordinari, **1.303** DH, **444**DS

536.000 Ricoveri medici e chirurgici 2017

254 Sale operatorie

244.501 Interventi istituzionale, **978**/giorno

1.437 Interventi in Libera Professione

1.074 Posti letto Ordinari, **87** DH, **60**DS

36.436 Ricoveri chirurgici urg. e progr. 2017
(9.916 DS; 30% DRG alta/media complessità)

47 Sale operatorie in **7** Comparti

148 Interventi al giorno

14.000 pz in lista di attesa



Direzione Operativa AOUC

governo, programmazione e monitoraggio delle risorse strumentali destinate all'attività assistenziale svolta dai Dipartimenti, raggiungimento degli standard di efficienza mediante tecniche e strumenti di Operations Management

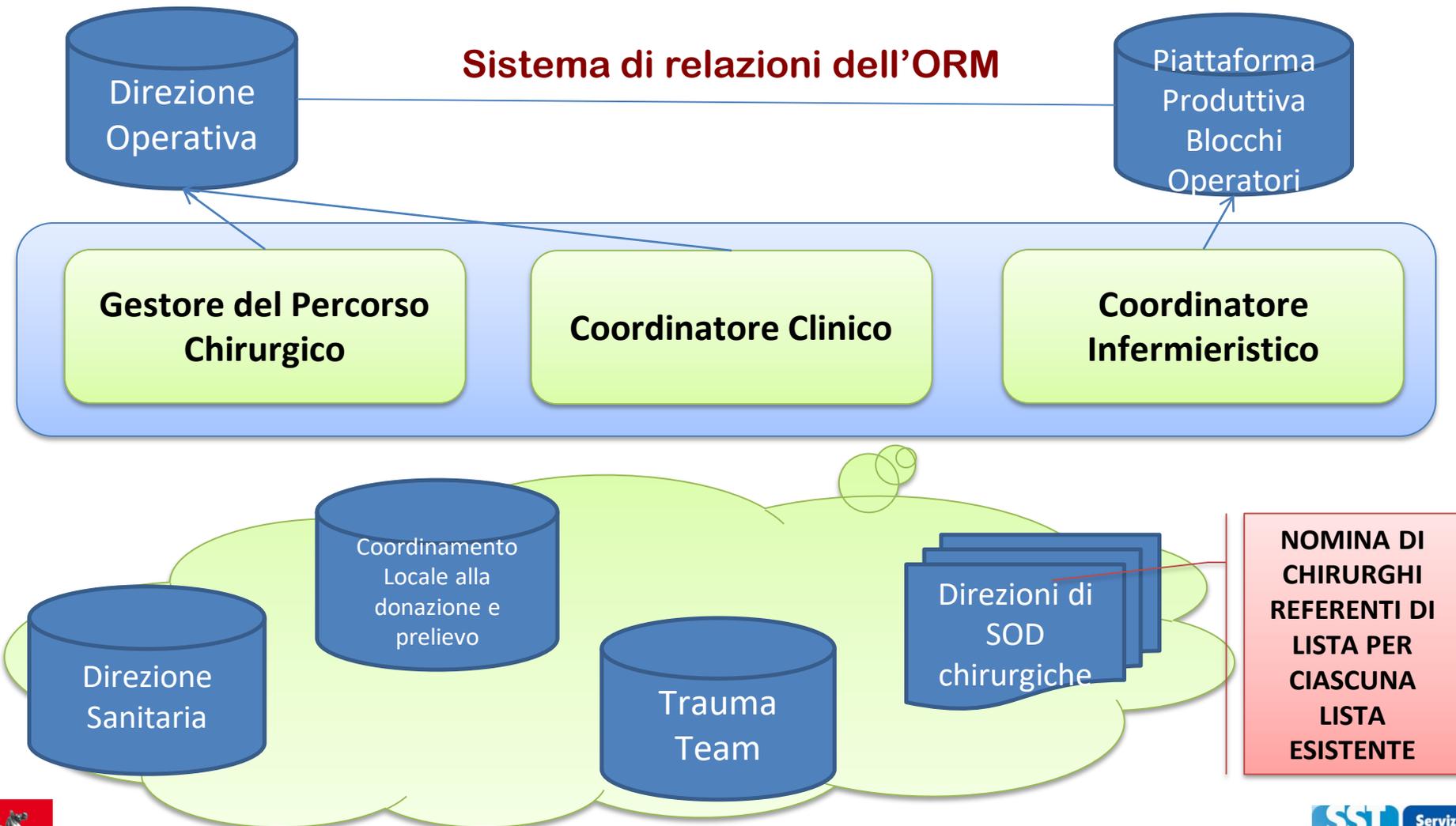
Regolamento Provv. DG 777/2016

- Orari → apertura comparto 07:00-20:00; 7:15 inizio manovre anestesiológicas ... 19:30 uscita dal comparto
- Tempo di cambio paziente massimo 60 minuti
- Modulo di non conformità on line sul sito aziendale
- Operating Room Management

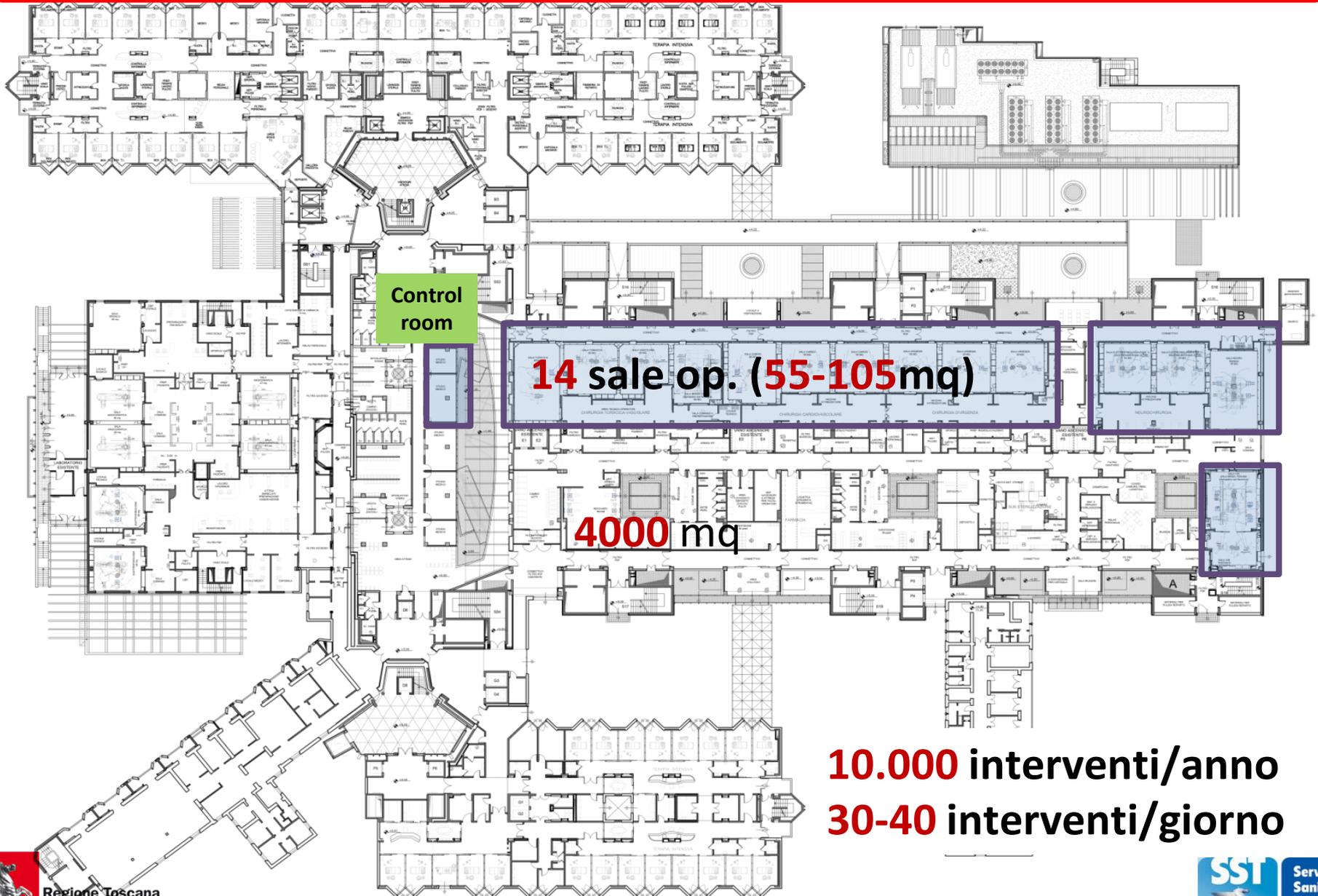
Operating Room Management

Organo di governo e controllo quotidiano dell'attività chirurgica

Sistema di relazioni dell'ORM



Nuovo comparto operatorio DEAS



10.000 interventi/anno
30-40 interventi/giorno

Control Room

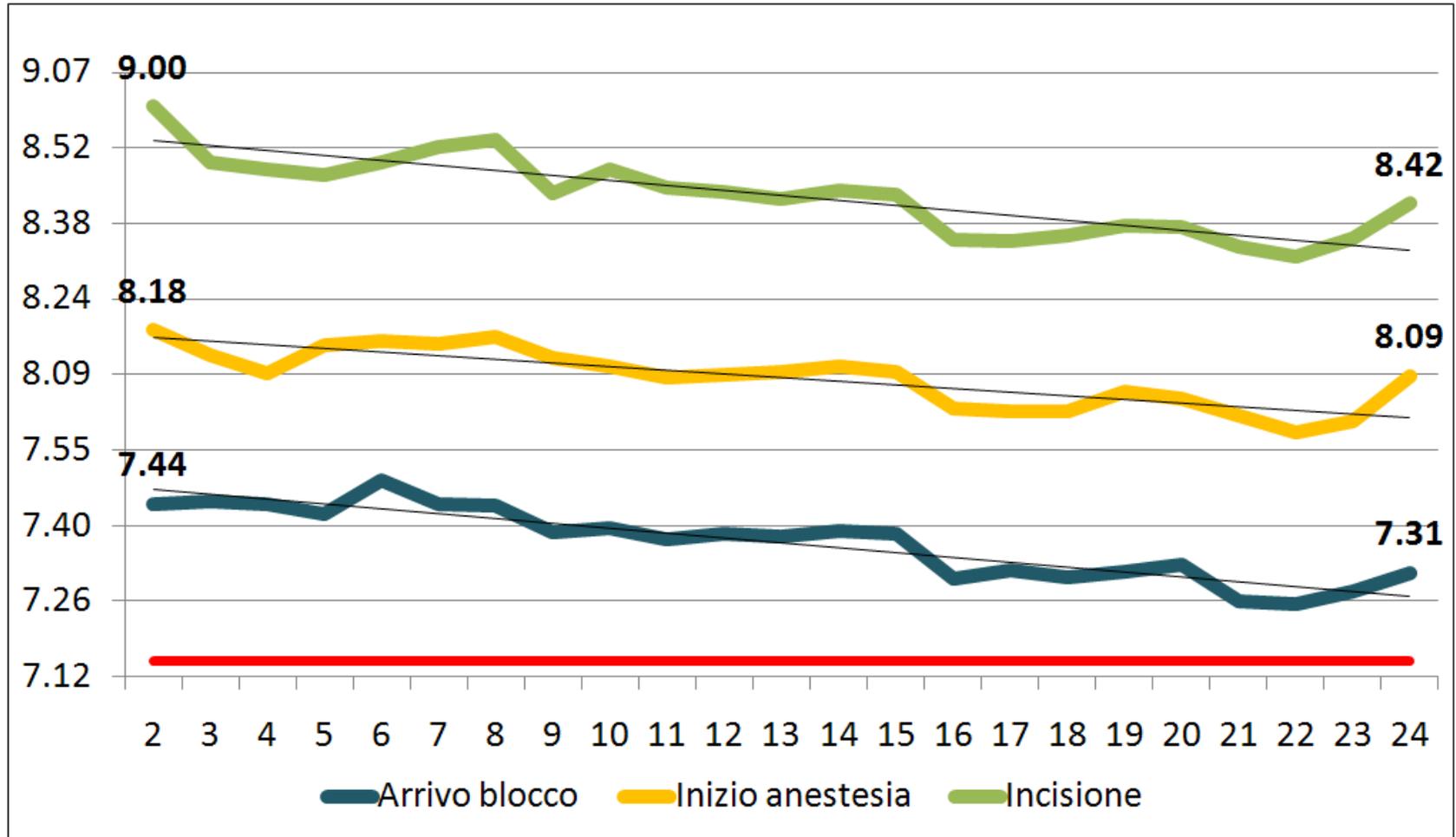


struttura organizzativa dotata di strumenti e tecnologie che permettono di seguire in tempo reale lo stato di avanzamento delle varie attività di comparto e verificare lo scorrimento degli interventi chirurgici al fine di garantire il rispetto della programmazione e il soddisfacimento delle urgenze

Costi di gestione: 80% fissi
indipendenti dalla produzione
(persone, strutture e tecnologie)

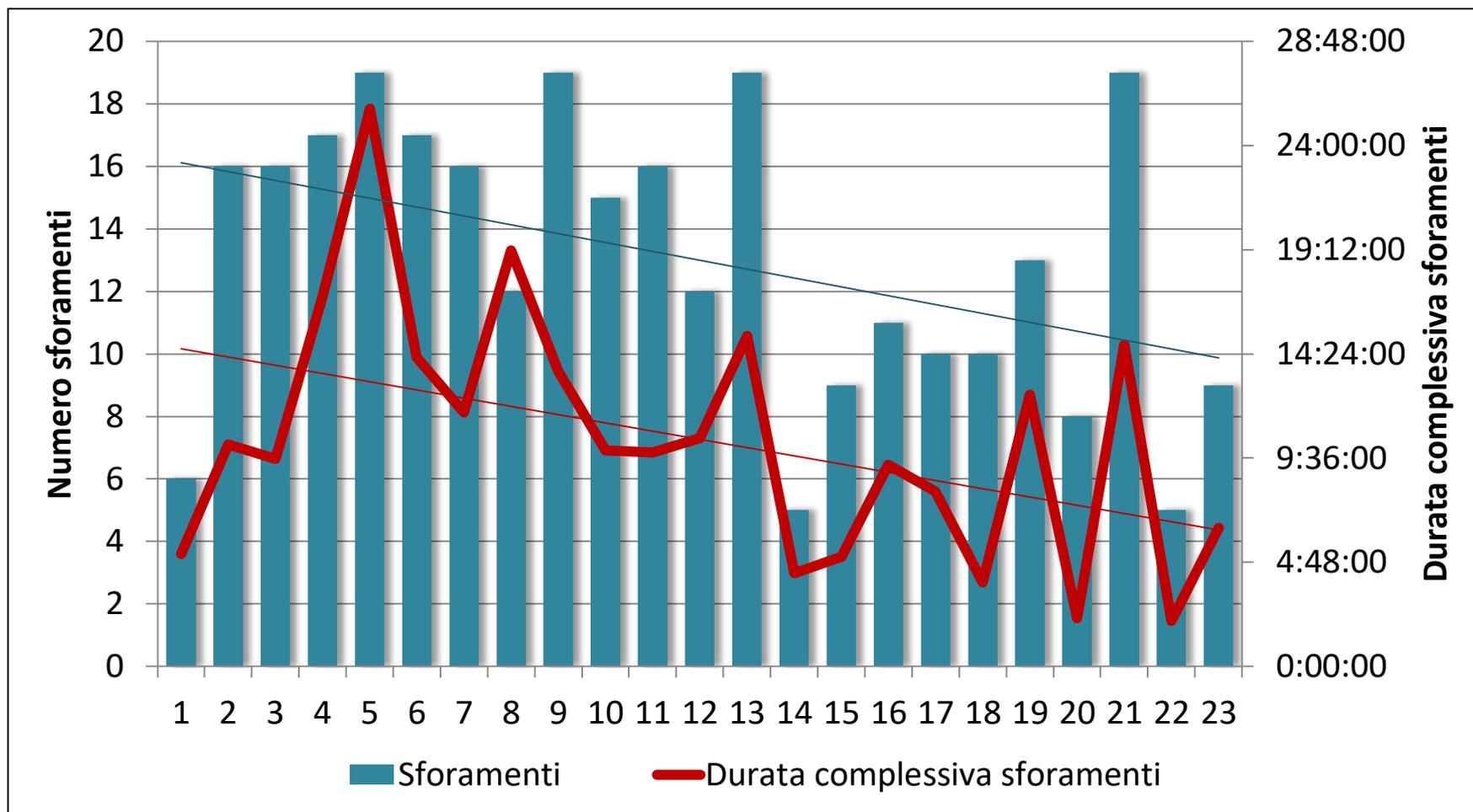
Orari medi Ingresso comparto, Inizio anestesia e Incisione

Tutti i comparti operatori AOUC



Numero e durata complessiva sforamenti

Tutti i comparti operatori AOUC



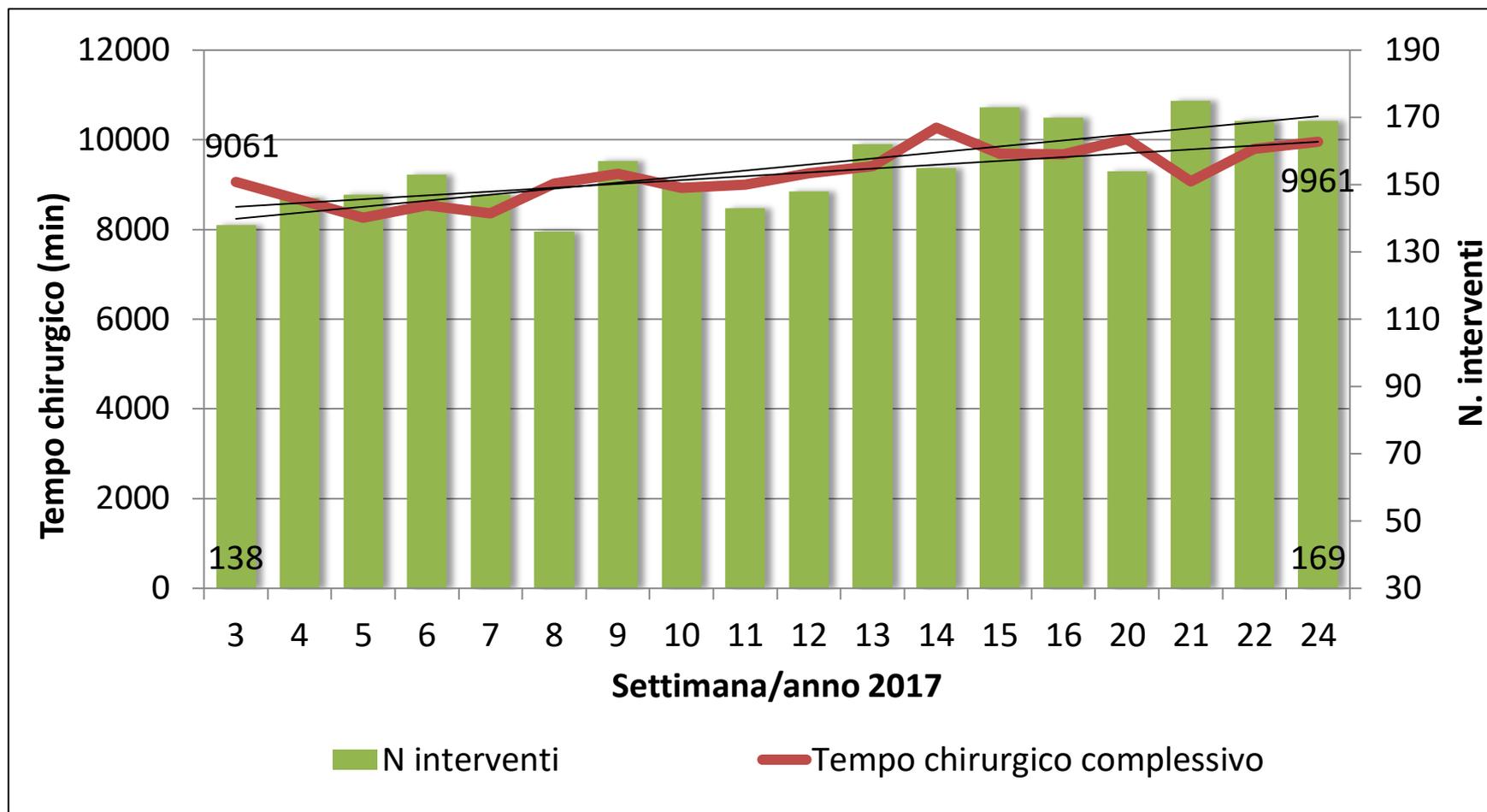
Impatto economico

INIZIO MATTINA	N.sale	H recuperate al giorno	N.giornate Anno Dal Lun-Ven	Costo orario di S.O.*	TOTALE ORE RECUPERATE ANNO	In sedute da 12 H	TOTALE COSTO RECUPERATE ANNO
Anticipo inizio 30'	37	19	240	200	4560	380	912.000
TERMINE SEDUTA	N.sale	H medie recuperate alla settimana	N. settimane Anno Dal Lun-Ven	Costo orario S.O. oltre le 20.00*	TOTALE ORE RECUPERATE ANNO		TOTALE COSTO RECUPERATE ANNO
riduzione di 10 ore medie di sfioramento per settimana	37	10	48	250	480		120.000

* Costo medio in euro del personale del comparto, della Struttura e delle apparecchiature

Numero e durata complessiva interventi

COMPARTO OPERATORIO CTO 4°p (8 sale)



Bed Management ricovero da PS

2 di notte: squilla il cell. DS

PS «Finiti i letti»

DS «I reparti li hanno dati?»

PS «Anche oggi pochi»

DS «Quanti in attesa di ricovero?»

PS «Tanti gialli in attesa e visita»

DS «Altri letti liberi nei reparti?»

PS «A noi dicono di no»

«I nostri dati...» «i vostri dati...»

...alle 2 di notte





Qual'era il problema?

Ricoveri urgenti da PS

- 1) discipline mediche
- 2) traumatologia
- 3) chirurgia d'urgenza
- 4) discipline chirurgiche



Gestione del flusso

PS → **degenze** → **dimissione**
OBI TI - SI strutture esterne

1. Conoscere il fabbisogno
2. Dimensionare offerta
3. Impostare un piano
4. Monitorare

Qual è il **FABBISOGNO**?

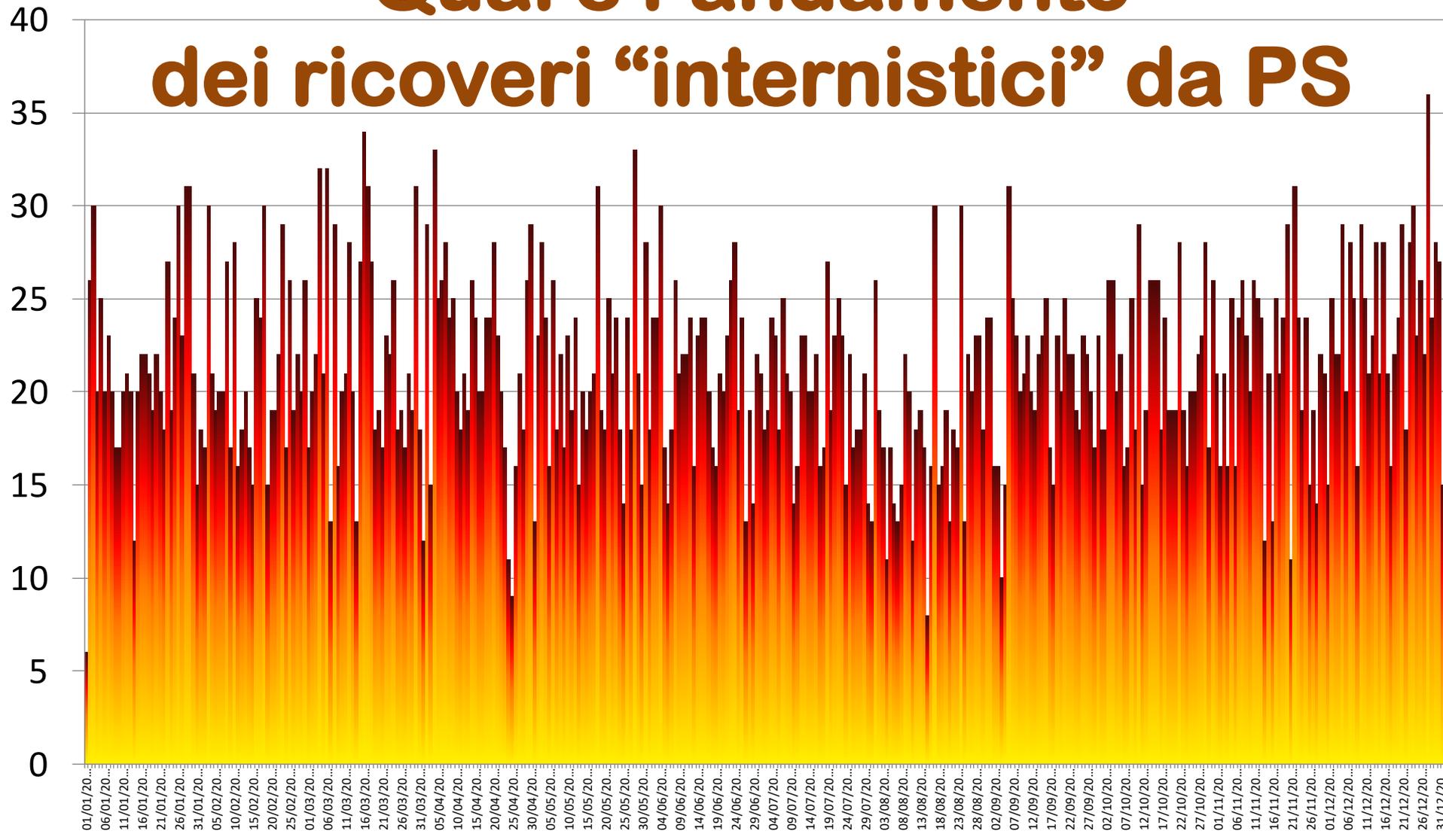
RICOVERI INTERNISTICI

- **7.763** in un anno (21,3/g)
- DMD di **8,4 gg**
- Accumulano **65.209 gg**
- **TO 85% dedicato al PS**
(10% ai trasferimenti interni e da TI - SI)
- Occorrono **210 PL**



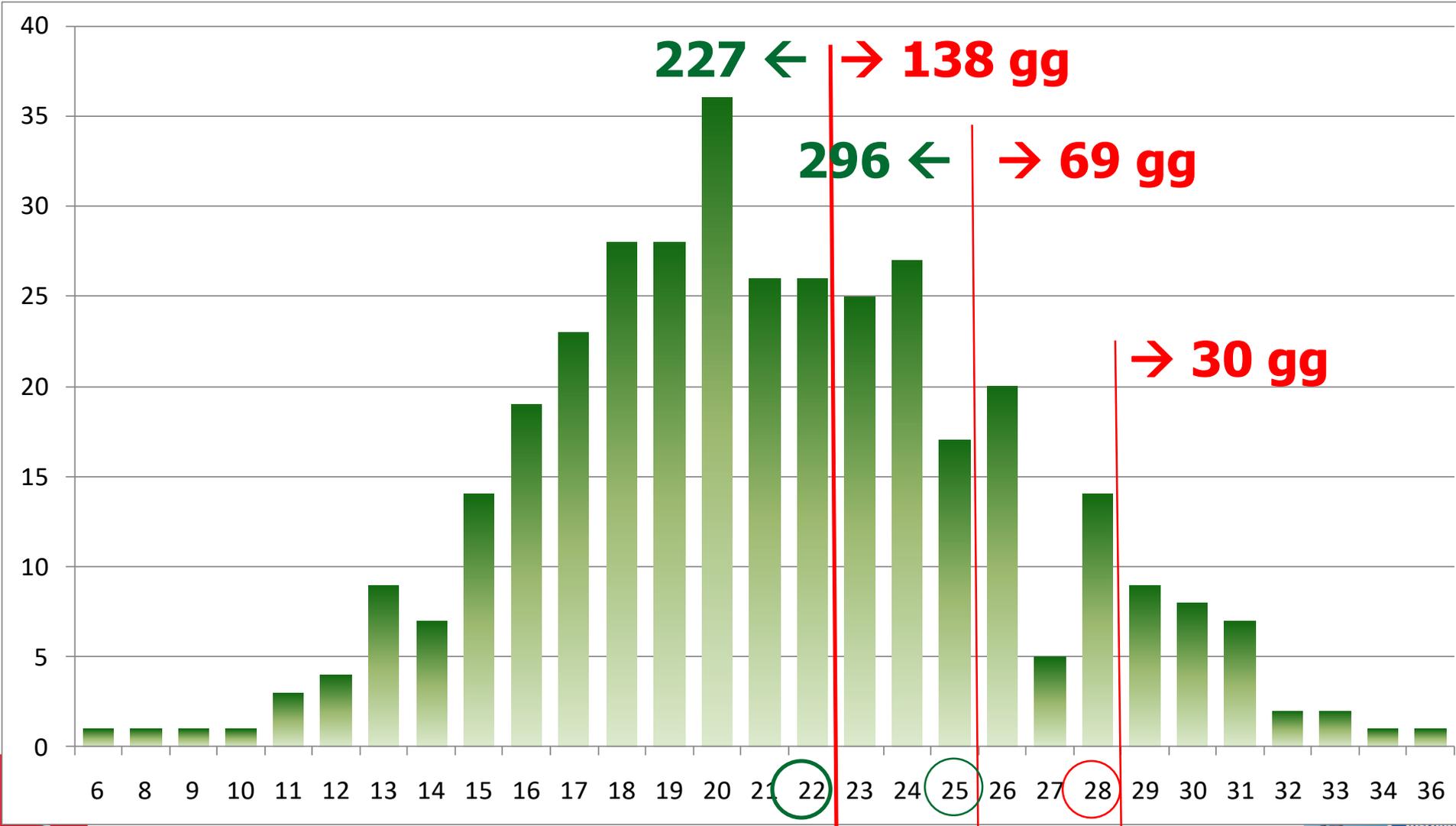
Qual è il fabbisogno?

Qual è l'andamento dei ricoveri "internistici" da PS



Qual è il fabbisogno?

Quanti p.l. dobbiamo prevedere ogni giorno?



Qual è il fabbisogno?

Per ricoveri
internistici da PS
devono essere dati

22 posti letto al giorno

(consentono 8.030 ricoveri / anno)

...abbiamo ulteriori margini...



Qual è il potenziale di offerta

Numero giornaliero di ricoveri da PS sostenibili per SOD

$$\frac{PL \times \%PS \times TO}{pm}$$

dotazione di PL x % attività della SOD per il PS
x tasso di occupazione / permanenza media

Es. A 25 pl x 50% x 85% / 7,5g = 1,41 letti/g

Es. B 40 pl x 100% x 85% / 9,0g = 4,00 letti/g

Qual è il potenziale di offerta

Piano bisettimanale

Piano di disponibilità di letti internistici per PS									M/903/65f							
Centro	SOD	lu	ma	me	gi	ve	sa	do	lu	ma	me	gi	ve	sa	do	
24171142	Medicina 1	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	
24201141	Medicina 2	5	4	5	4	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	
20421146	Medicina 3 DEAS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
20931146	Medicina 3 CM	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	
20421154	Medicina 4	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	
20931154	Medicina 4 CM	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	
24361152	Medicina Interna Epatologia	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
20661209	Malattie Infettive E Tropicali	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
20421254	Stroke Unit	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	
20401144	Medicina Cardiovascolare	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	
20871225	Geriatrics	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	
		23	22	22	22	22	22	21	23	22	22	22	22	22	21	



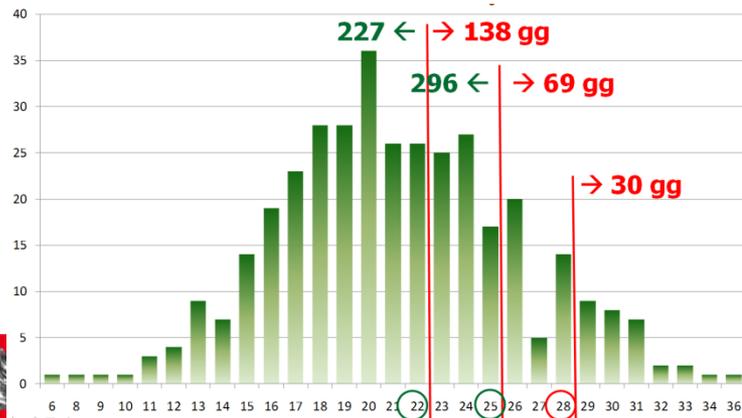
Qual è il potenziale di offerta

Contingente di degenza dedicato

210 posti letto

Su 239 posti letto disponibili
in 8 degenze

2 margini di sicurezza



+29 p.l. TO 85%

Qual è il potenziale di offerta

Modulazioni estive

Questi reparti devono garantire la piena attività.

Nel periodo estivo 2017 la loro flessione è del 4%
(AOUC flette complessivamente il 9,5%)

Chi deve «sapere» del PS?

- **Direttore e medici PS**
- **Direttori e medici SOD «piano»**
- **Direttore e Staff DEA**
- **...e Direzione Sanitaria**

Informazioni e valutazioni per

- **monitorare correntemente**
- **orientare i comportamenti**
- **decidere nelle criticità**

Monitoraggio

→ **Direttore e medici PS**

H12 - Coordinamento Posti Letto
(fabbisogno istantaneo di ricovero,
dati di occupazione degenze,
collegamento tra PS e degenze)

H24 - ArchiMed (visibilità diretta
dei reparti da parte del medico EU)

Monitoraggio con ArchiMed

20:27

TERAPIA INTENSIVA - ArchiMed

Ricoveri
Pazienti
Dimetti
Letti
Faciende
Consegne

Ricerche
Ricerche avanzate
Statistiche

Strumenti
Calcolatrice
Codici ICD
Codici Procedura
Bianco Ser. T
GCS
Linki vari
Nomenclatore
Orario
Posta
Preferenze
Prontuario
Manuale
Esci

Miniature settori - Gruppo: Coordinamento posti letto

DEAS - Terra/G

DEAS - Secondo/G

DEAS - Terzo/B

1 2

libero

G206

G207

libero

1 2

Monitoraggio

Un bilancio preventivo per la notte?

Direttori SOD, DEA, Direzione Sanitaria
dall'esterno non hanno accesso ad applicativi







Kazakhstan



Uzbekistan



**Serve un “cambiamento del sistema,
non un cambiamento all’interno del sistema”**



Dr. Matteo Tomaiuolo

Responsabile UOs Supporto al Governo dell'Offerta Ambulatoriale
Responsabile Sanitario Dipartimento DEA - Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi
Nuovo Ingresso Careggi - Largo Brambilla 3, 50134 Firenze
Tel. 055.794-9129 (7597) Fax 055 794-7879 Cell. 348.6527088
tomaiuolom@aou-careggi.toscana.it