

# L'OSPEDALE IN EVOLUZIONE CONTINUA



**H<sub>4</sub>** PISTOIA. OSPEDALE SAN JACOPO.



**La progettazione di un sistema adattativo e complesso**

*Seminario 3: un ospedale che si evolve*

*Venerdì 13 dicembre 2013*

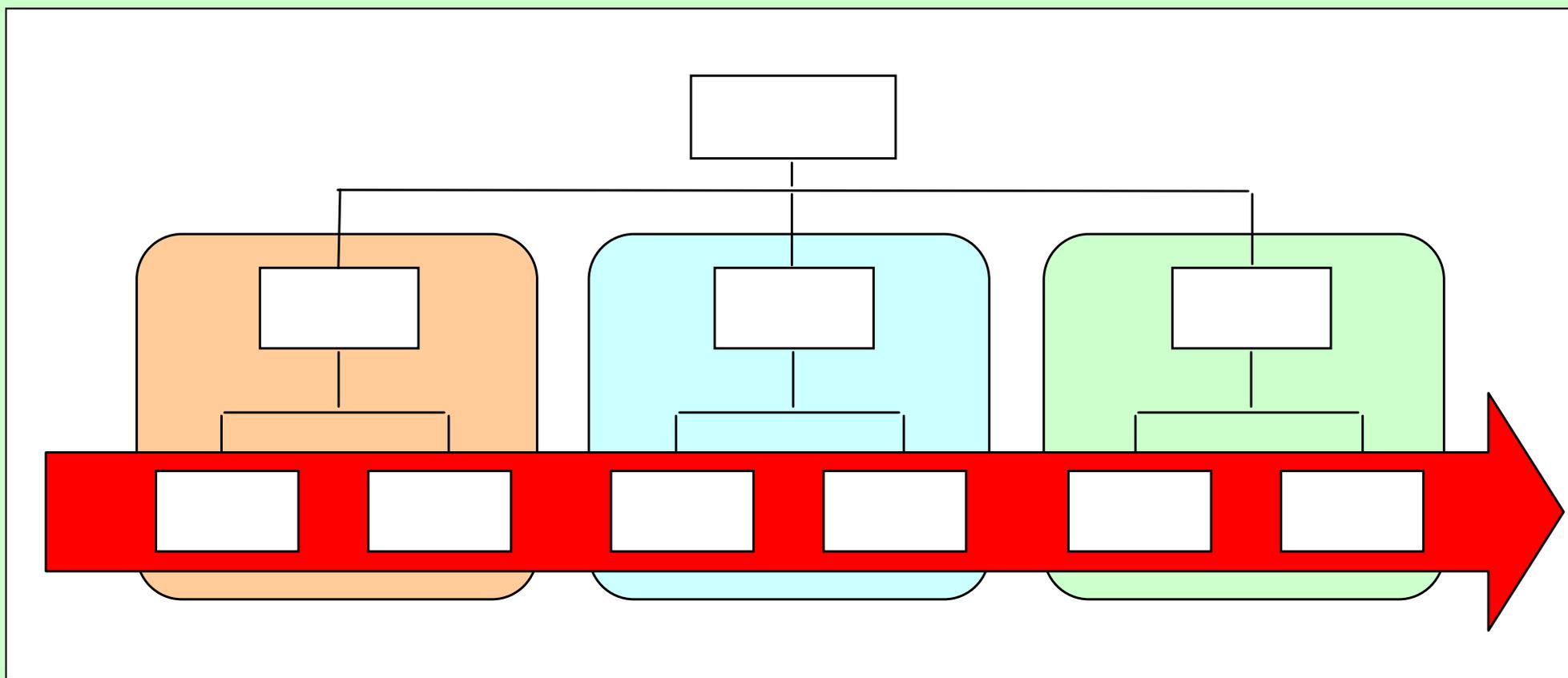
# Gli Ospedali H4 dalle intenzioni alla realtà

*Il pessimista vede una difficoltà in ogni opportunità, l'ottimista un'opportunità in ogni difficoltà. - Winston Churchill*



1. **Stiamo facilitando una gestione efficace dei percorsi del paziente?**
2. **Problemi, ostacoli ed opportunità dei primi mesi di esercizio.**

# 1. Cosa abbiamo fatto e cosa stiamo facendo per facilitare una gestione efficace dei percorsi del paziente

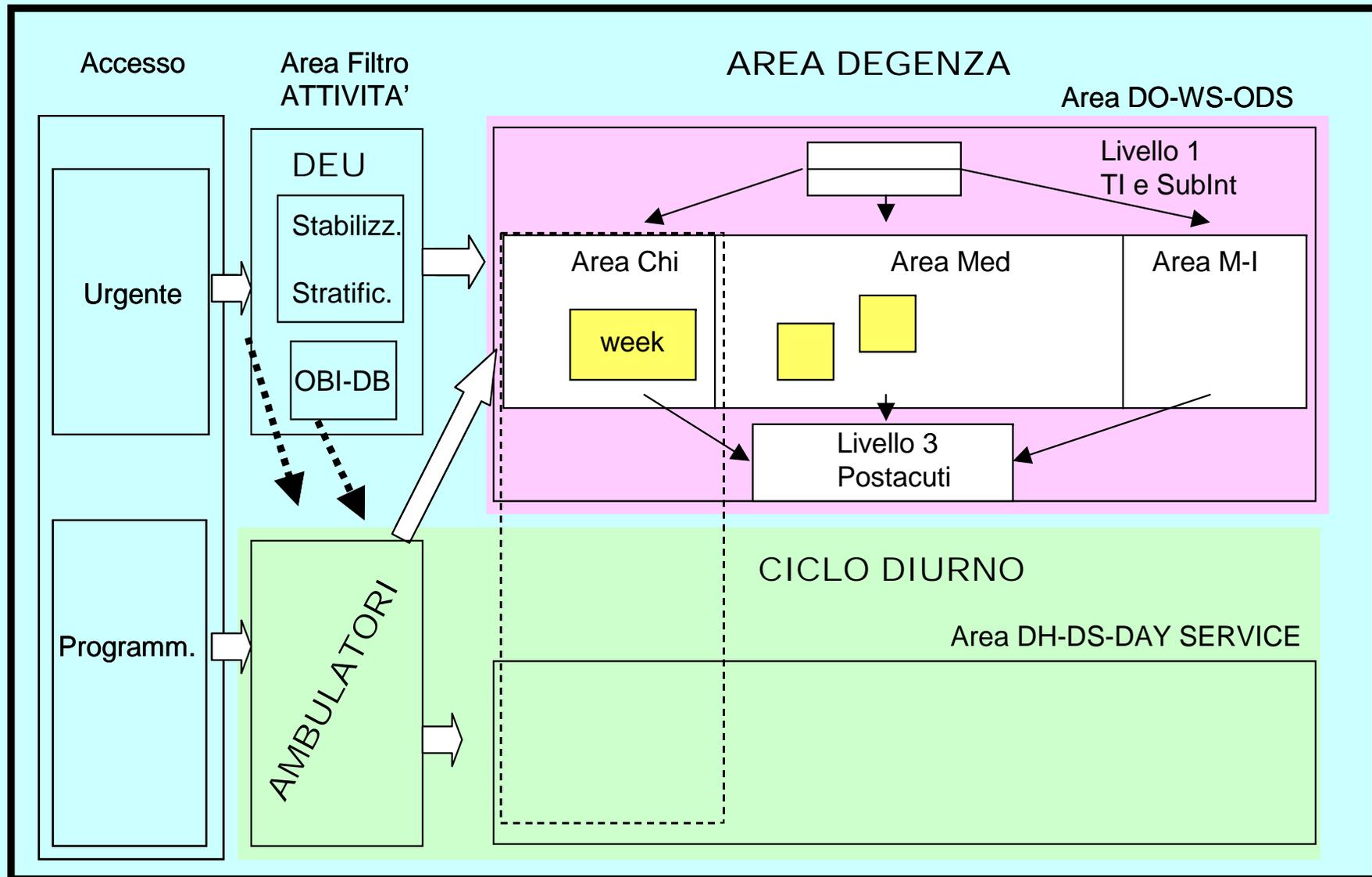


*Adozione dell'organizzazione per intensità di cura*



**CAMBIAMENTO**

# PSR 2008-2010, riorganizzazione del SSR: ospedale per intensità di cura



*L'Ospedale si struttura per aree e livelli in base ad un fabbisogno assistenziale omogeneo*

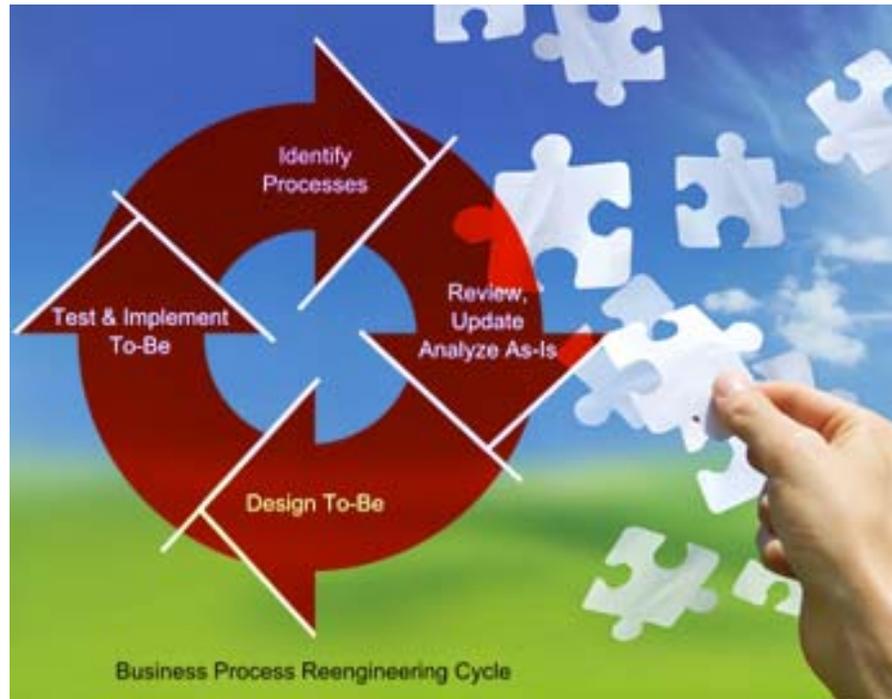
# Il primo rischio

Percorsi non  
chiaramente individuati  
e definiti

chi  
quando  
come  
dove  
chi  
come  
perché?  
dove  
perché!  
quando  
chi  
chi



# La riprogettazione dei percorsi sanitari primari e di supporto



1. **CONOSCENZA:** mappare il processo **“as is”**
2. **INTERPRETAZIONE:** individuare i punti critici e le azioni prive di valore aggiunto
3. **PROGETTAZIONE:** progettare il nuovo percorso (studi di benchmarking, ecc...) e validarlo
4. **SPERIMENTAZIONE e/o SIMULAZIONE**
5. **FORMAZIONE:** formare il personale coinvolto
6. **IMPLEMENTAZIONE**
7. **VALUTAZIONE RISULTATI**
8. **APPORTARE EVENTUALI CORREZIONI**
9. **MANTENERE MONITORATO IL PROCESSO**
10. **MIGLIORAMENTO SU BASE CONTINUA**

## **Coinvolgimento di tutti i ruoli, DIRIGENTI E NON, in ogni fase del percorso:**

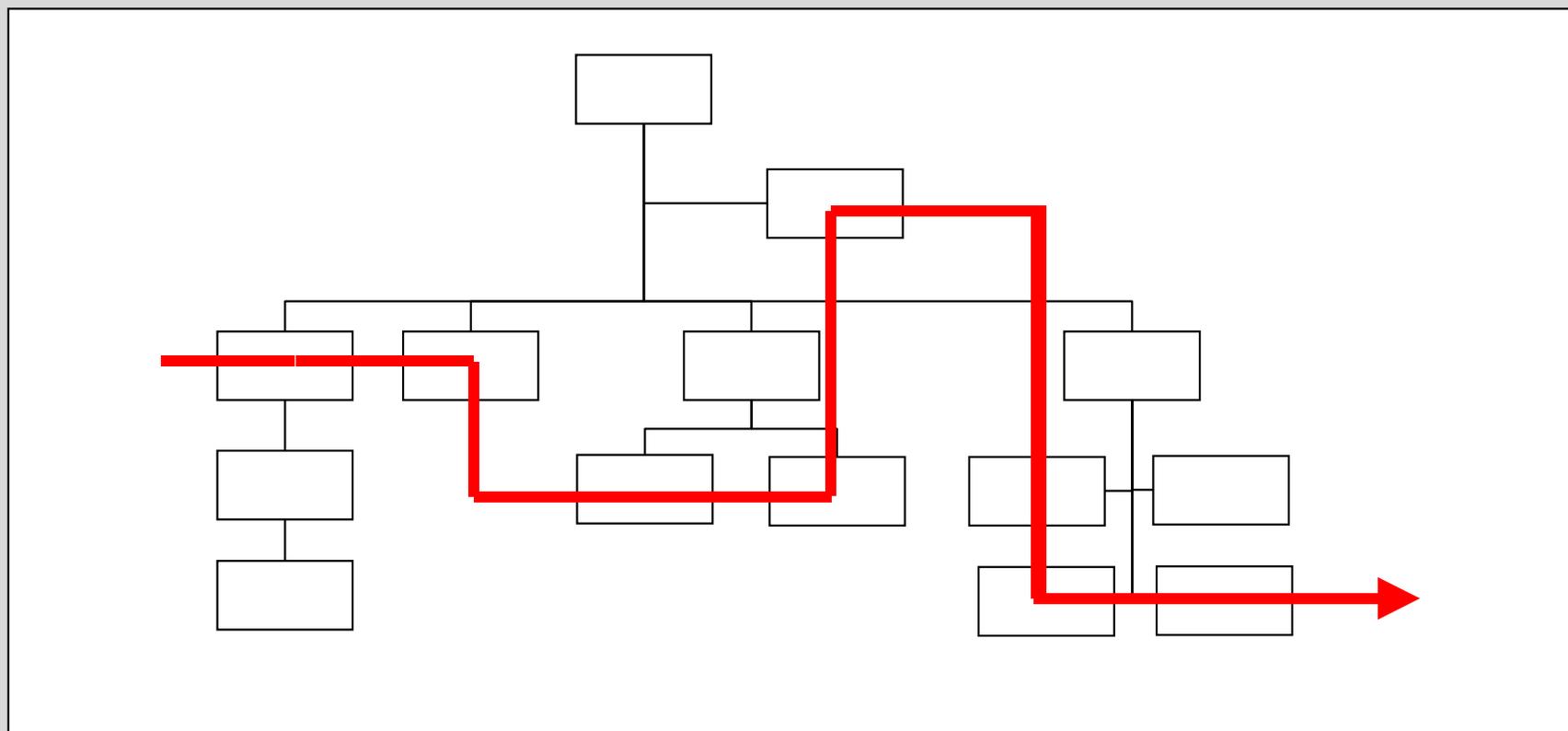
- ✓ **Riprogettazione ed implementazione dei percorsi:** 19 GRUPPI DI LAVORO con coinvolgimento di circa 600 operatori (Evidenza scientifica, Buona pratica clinica, Multidisciplinarietà, Multiprofessionalità, Centralità del Paziente, ecc..)
- ✓ **Formazione:** 100% OPERATORI DEL SAN JACOPO
- ✓ **Valutazione e MCQ performance cliniche:** coinvolgimento continuo di tutti i professionisti attraverso gli audit clinici sistematici
- ✓ **Valutazione e miglioramento continuo del modello organizzativo:** 9 Gruppi di lavoro e riunioni continue con la DS di Presidio



N.	COD	TITOLO	DATA EM.	REV.NE
<b>PERCORSI SANITARI PRIMARI: CICLI CONTINUI</b>				
1	PR.TI.01	Gestione del ricovero nel Livello 1	19/04/2013	1
2	PR.AFM.01	Gestione del ricovero nel livello 2 - AFM	20/04/2013	1
3	PR.AFC.01	Gestione del ricovero nel livello 2 - AFC	20/05/2013	1
4	PR.AFMI.01	Gestione del ricovero nel livello 2 - AFMI: nascita	15/03/2013	2
5	PR.AFMI.02	Gestione del ricovero nel livello 2 - AFMI: pediatrico	20/05/2013	3
6	PR.LIV3.01	Gestione del ricovero nel Livello 3	20/04/2013	1
7	PR.UFSMA.01	Gestione del ricovero in SPDC	20/05/2013	1
<b>PERCORSI SANITARI PRIMARI: CICLI DIURNI</b>				
8	PR.AFM.02	Gestione del ricovero nel Day Hospital medico	20/05/2013	1
9	PR.AFC.03	Gestione del ricovero nel Day Surgery	Bozza	1
<b>PERCORSI SANITARI PRIMARI AMBULATORIALI</b>				
10	PR.AMB.01	Gestione outpatient	20/05/2013	1
11	PR.AFM.03	Gestione del paziente dializzato	20/05/2013	0
12	Allegato 1	Predialisi	20/05/2013	0
13	Allegato 2	Dialisi	20/05/2013	0
14	Allegato 3	Dialisi Peritoneale	20/05/2013	0
15	Allegato 4	Trapianto	20/05/2013	0
<b>PERCORSI SANITARI PRIMARI</b>				
16	PR.DEU.01	Gestione del percorso DEU	20/05/2013	1
17	PR.ONC.01	Percorso Oncologico	20/05/2013	1
<b>PERCORSI SANITARI DI SUPPORTO</b>				
18	PR.TI.02	Gestione del paziente nel Blocco Operatorio	20/05/2013	1
19	PR.END.04	Gestione del paziente nel Polo Endoscopico	20/05/2013	1
20	PR.RAD.01	Gestione degli esami di radiodiagnostica per esterni	20/04/2013	2
21	PR.RAD.02	Gestione degli esami di radiodiagnostica per interni	30/06/2013	1
22	PR.RAD.03	Gestione degli esami di radiodiagnostica per il PS	20/05/2013	2
23	PR.LAB.01	Gestione degli esami di laboratorio per interni	23/02/2013	1
24	PR.LAB.02	Gestione degli esami di laboratorio per esterni	30/05/2013	1
25	PR.IT.01	Gestione delle prestazioni immunotrasfusionali	in revisione	
26	PR.FO.01	Gestione dei farmaci	20/05/2013	1
27	PA.DS.12	Gestione dimissioni e trasferimenti interni ed esterni	20/05/2013	1
28	Allegato 1	modalità 1: trasferimenti intraospedalieri e trasporti interni	30/04/2013	2
29	Allegato 2	modalità 2: dimissioni ospedaliere programmate	30/04/2013	2
30	Allegato 3	modalità 3: decesso del paziente durante il ricovero	30/04/2013	2
31	Allegato 4	modalità 4: dimissioni volontarie	30/04/2013	2
32	Allegato 5	modalità 5: trasferimento ad altro ospedale/struttura	30/04/2013	2
33	Allegato 6	modalità 6: dimissioni ordinarie	30/04/2013	2
34	Allegato 7	modalità 7: dimissioni protette	30/04/2013	2
35	PA.AP.01	Gestione esami istologici e citologici	30/07/2013	1
36	Allegato 1	Identificazione dei campioni	30/07/2013	1
37	Allegato 2	Gestione esami di immunoistochimica	30/07/2013	1
38	Allegato 3	Gestione istologici per consulenza esterna	30/07/2013	1

## PSR 2008-2010, riorganizzazione del SSR: ospedale per intensità di cura

“Nuovi interventi verso l'**appropriatezza clinica** ed **organizzativa** degli ospedali”



“La nuova organizzazione dell’ospedale per Intensità di Cura richiede un ripensamento della **presa in carico del Paziente** perché sia il più possibile **personalizzata, univoca, condivisa attraverso tutti i livelli di cura**”

# Garantire l'appropriatezza attraverso:



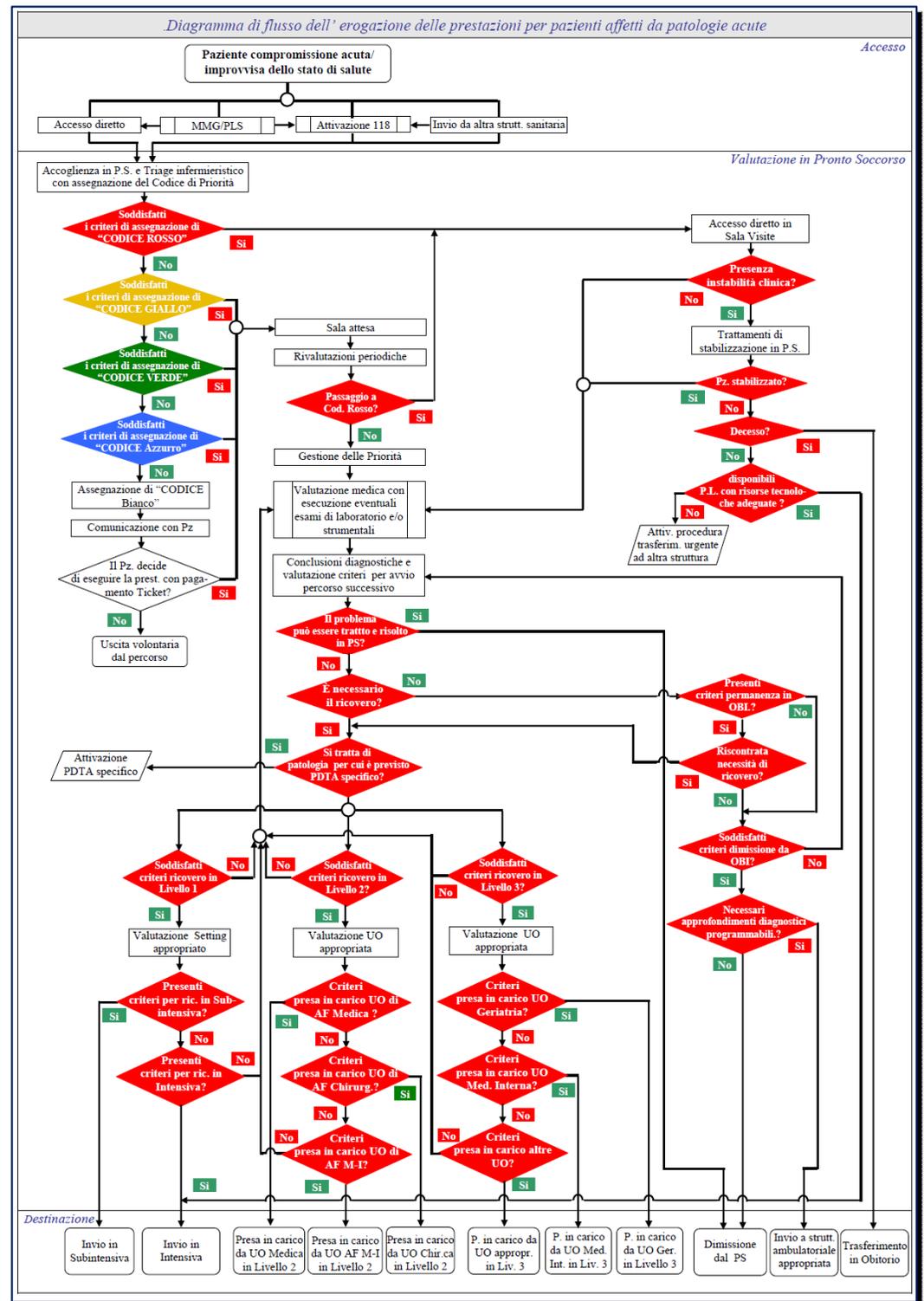


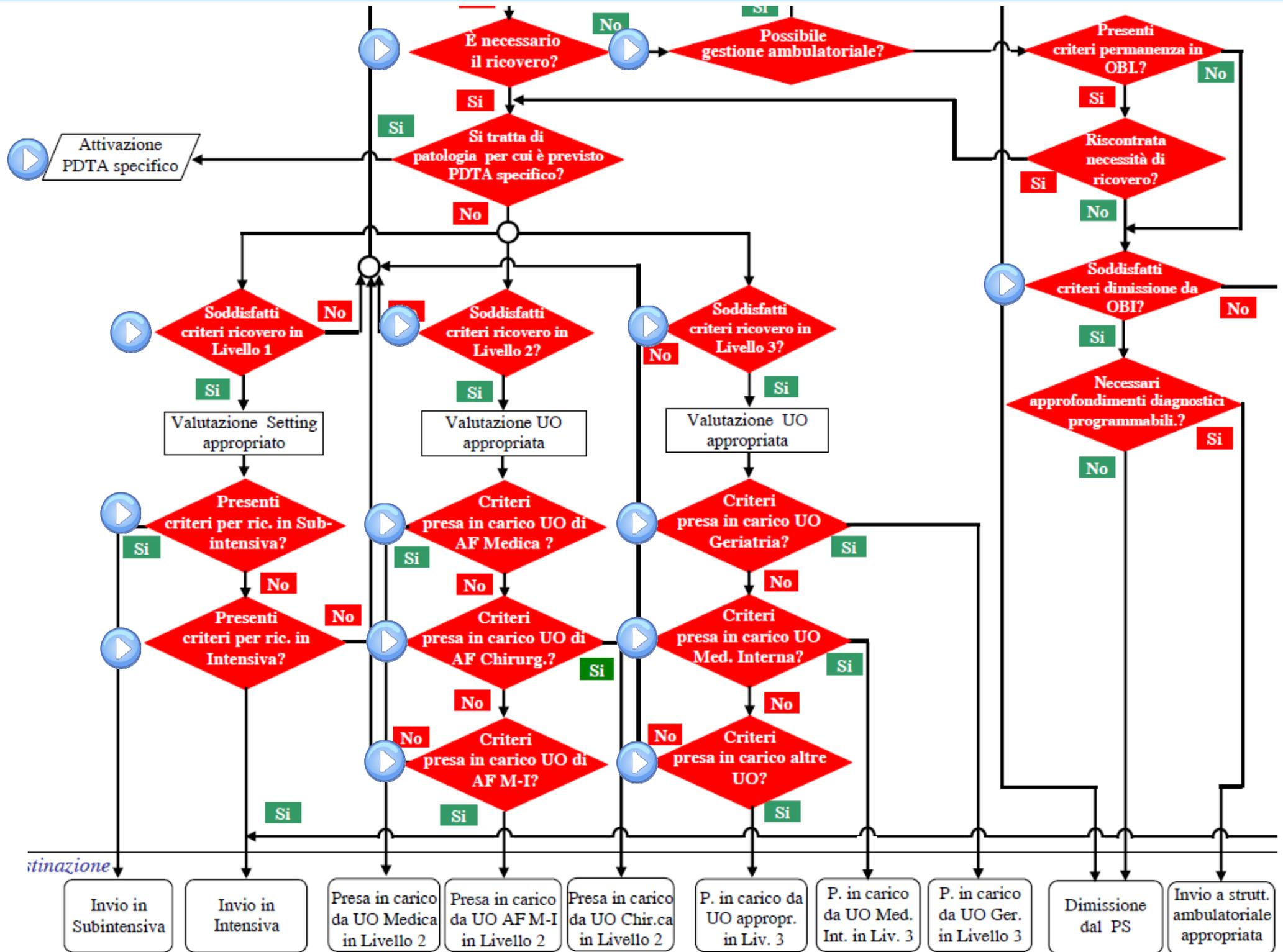
## ***Quali interventi...***

**criteri condivisi per l'accesso ai livelli e alle aree**

**criteri condivisi per l'attribuzione alle UU.OO**

*Evidenza scientifica*  
*Buona pratica clinica*  
*Condivisione a livello locale*  
*Multidisciplinarietà*  
*Multiprofessionalità*  
*Centralità del paziente*





## CRITERI GENERALI DI AMMISSIONE AL LIVELLO 3

## UO MEDICINA INTERNA (14) / UU.OO. MULTIDISCIPLINARE (12)

CRITERI	STRUMENTI	SCORE	UO di ASSEGN.
STABILITA' CLINICA <i>Vedi parametri clinici, indicati dalle area medica a supporto della stabilità clinica</i>	Modified Early warning scores (MEWS)	<b>MEWS <math>\leq</math> 4 da almeno 24-36h</b> Ad esclusione di un punteggio 3 raggiunto con uno solo degli items della scala MEWS, poiché, di per sé, indice di instabilità.	UO MED. INTERNA MEDICO TUTOR LIV. PROV.
COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	ASGO	Pz con indicazione di prestazioni infermieristiche continuative ad elevata intensità; pz con elevato bisogno di autocura del soggetto e/o formazione del caregiver	TUTTE LE UU.OO.

- Pazienti con indicazioni per prestazioni infermieristiche continuative ad elevata intensità, indicazione a riattivazione funzionale.
- Pazienti con elevato bisogno di autocura del soggetto e/o di formazione del caregiver per rientro a domicilio.

## UO GERIATRIA (10 + 2)

ACCESSO DA PS	Anziani che presentano una patologia acuta o una riacutizzazione di malattia (coerentemente ai PDTA condivisi) di ordine internistico, nella seguente situazione: anziani con limitata autonomia già seguiti dalla geriatria nella rete dei servizi; anziani già seguiti della geriatria per demenza; anziani con grave deterioramento delle funzioni cognitive e/o con disturbi comportamentali.
ACCESSO DA LIVELLO 1	Anziani dimissibili dalla Rianimazione ma con problemi cognitivo-comportamentali-funzionali, limitatamente al periodo di stabilizzazione del quadro clinico
ACCESSO DA UU.OO. CHIR.	Anziani con complicanze mediche di interventi chirurgici e con problemi cognitivo-comportamentali-funzionali, limitatamente al periodo di stabilizzazione del quadro clinico
ACCESSO DA UO ORTOPEDIA	Frattura di femore dopo 48 ore dall'intervento con presa in carico congiunta nella fase pre-operatoria (ortopedia-geriatria)- (2 letti: sperimentali)

**Delibera GRT n.431/2013:**

- ✓ moduli di degenza A BASSA INTENSITA' DI CURA sub-acute: accesso: **NEWS  $\leq$  3**; pl in Ospedale o Case di Cura
- ✓ CURE INTERMEDIE: **NEWS 0-1**;

*Un intervento è appropriato se viene erogato al paziente giusto e al momento giusto!*

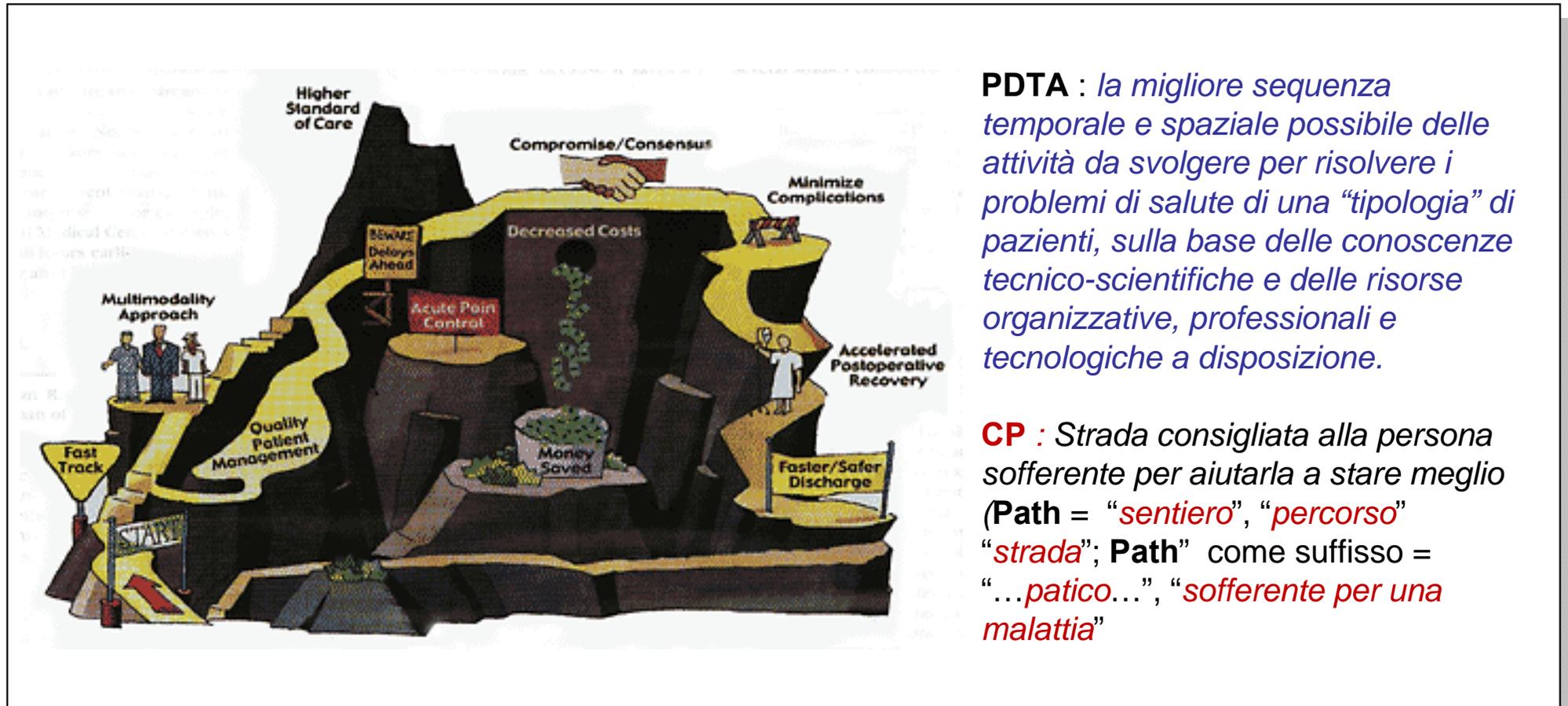
*Un intervento è giusto se è di provata efficacia!*



## ***Quali interventi...***

*il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione rispetto ad un problema di salute*

## Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali & Clinical Pathway



**QUAL'E' LA COSA GIUSTA DA FARE ? QUANDO FARE LA COSA GIUSTA E PER QUANTO TEMPO ?**



Fase preospedaliera

Pronto Soccorso

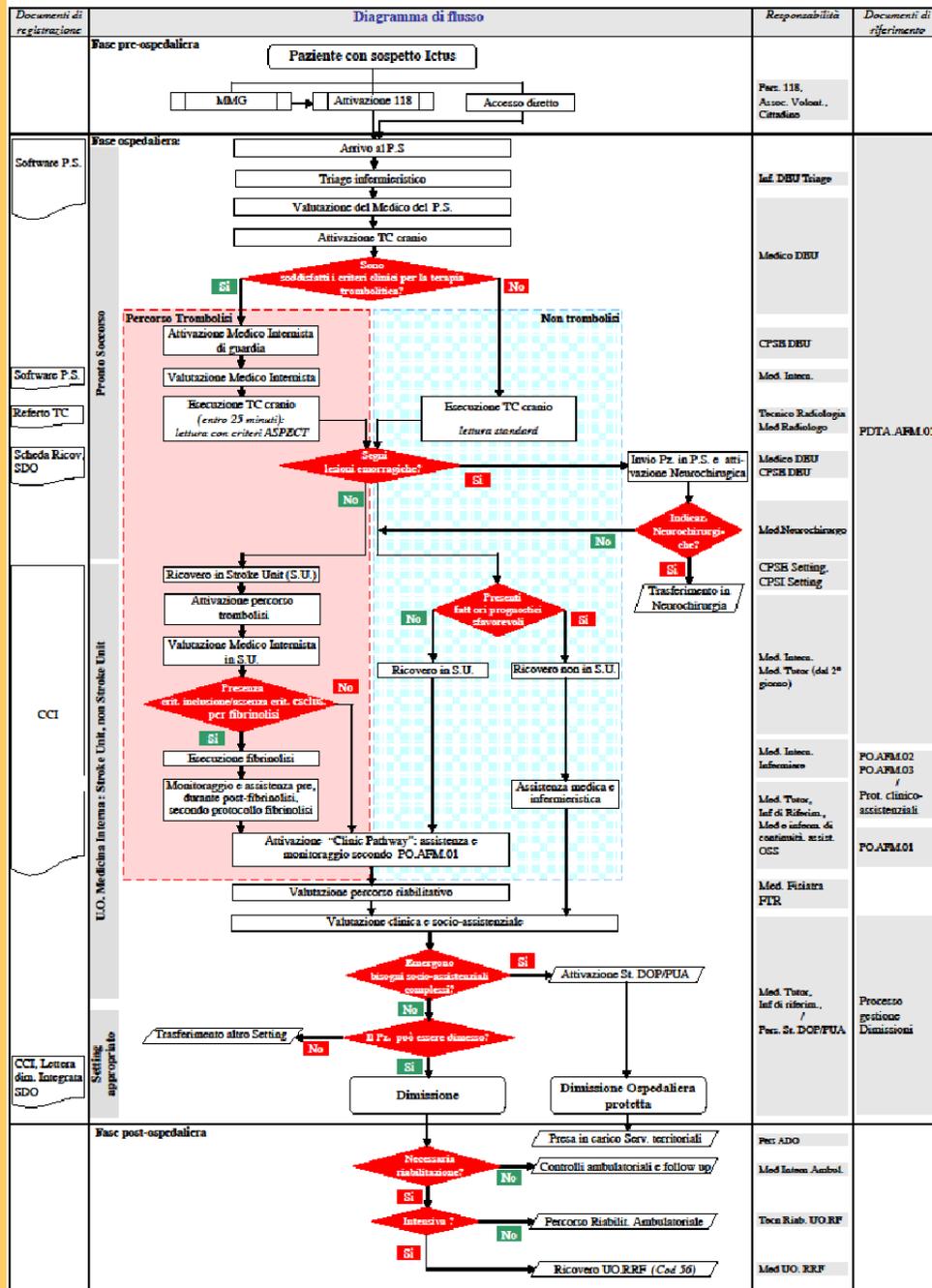
Emorragia: consulto spoke-hub tramite RISPACS e trasferimento in NCH

Ischemia: ...ricovero in Stroke Unit...

Fase Ospedaliera

Reparto... > St.DOP... > Servizi territoriali

Servizi Territoriali

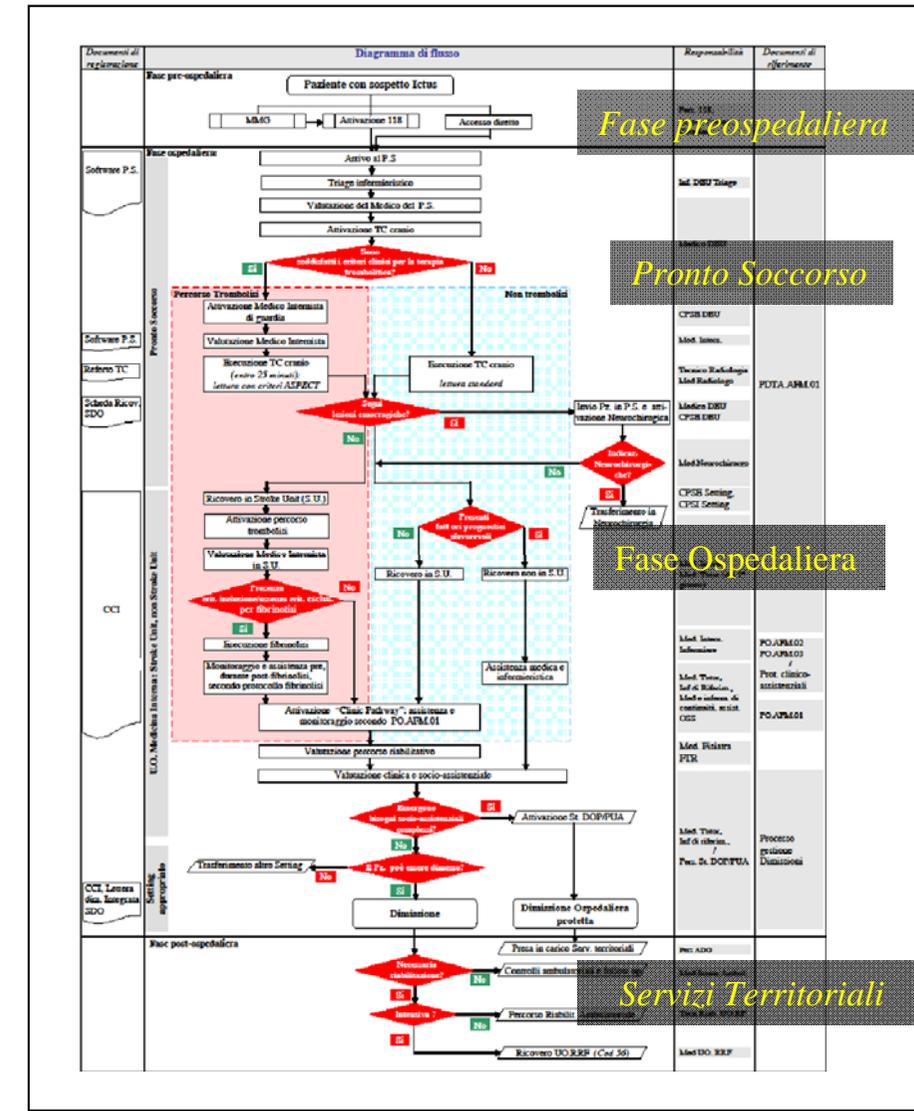


“Presenza in carico” complessiva e globale dei bisogni dei cittadini “continuità assistenziale” durante l’intero percorso di cura

# I PDTA e la personalizzazione delle cure

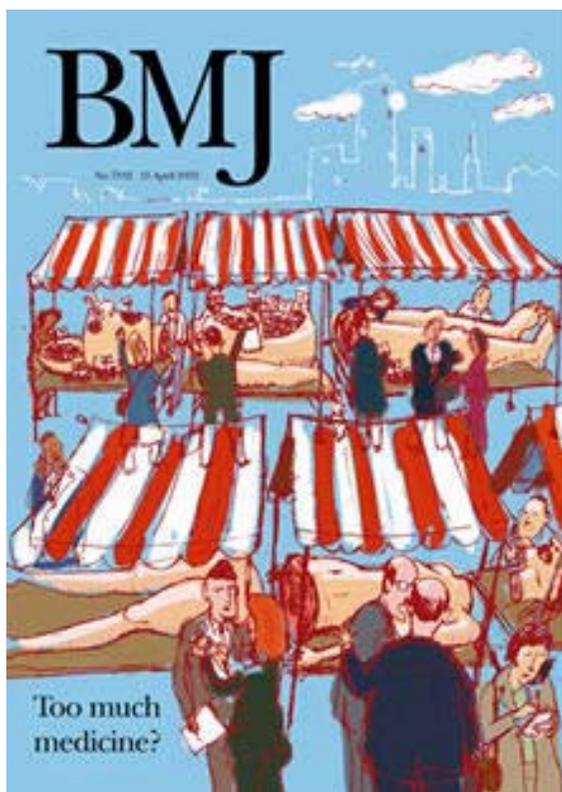
Progettazione e attuazione di **P**ercorsi **D**iagnostici **T**erapeutici **A**ssistenziali

1. TIA / ICTUS
2. Emorragia digestiva
3. Insufficienza respiratoria
4. Scompenso cardiaco
5. Neonato sano e patologico
6. Gravidanza fisiologia e ad alto rischio
7. Ecc..



## TROPPIA MEDICINA!

Il BMJ ha lanciato una vera e propria campagna di informazione per controbattere la **overprevention**, **overdiagnosis** e **overtreatment**.



eccesso di diagnosi !

eccesso di trattamento !

eccesso di prevenzione !

Ammissione

Degenza

Dimissioni



**Punto  
critico**

Continuità Assistenziale  
&

Integrazione Ospedale - Territorio

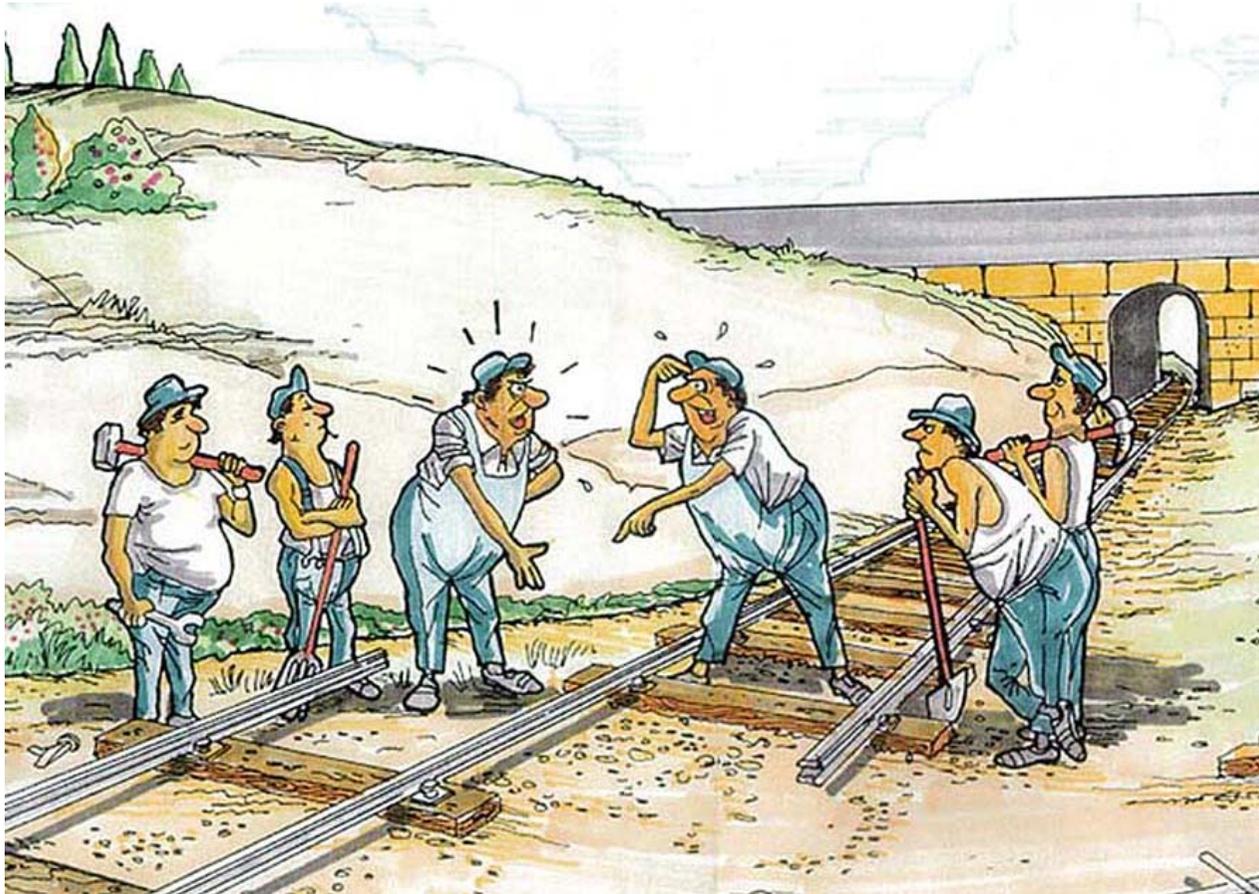
**Problema/  
RISCHIO**

Pericolosi momenti di "vuoto"  
nell'assistenza

*La Dimissione rappresenta l'anello più  
debole del passaggio della persona  
assistita da un servizio all'altro*

***Quali interventi...***

## DGRT 1235: riorganizzazione SSRT territorio

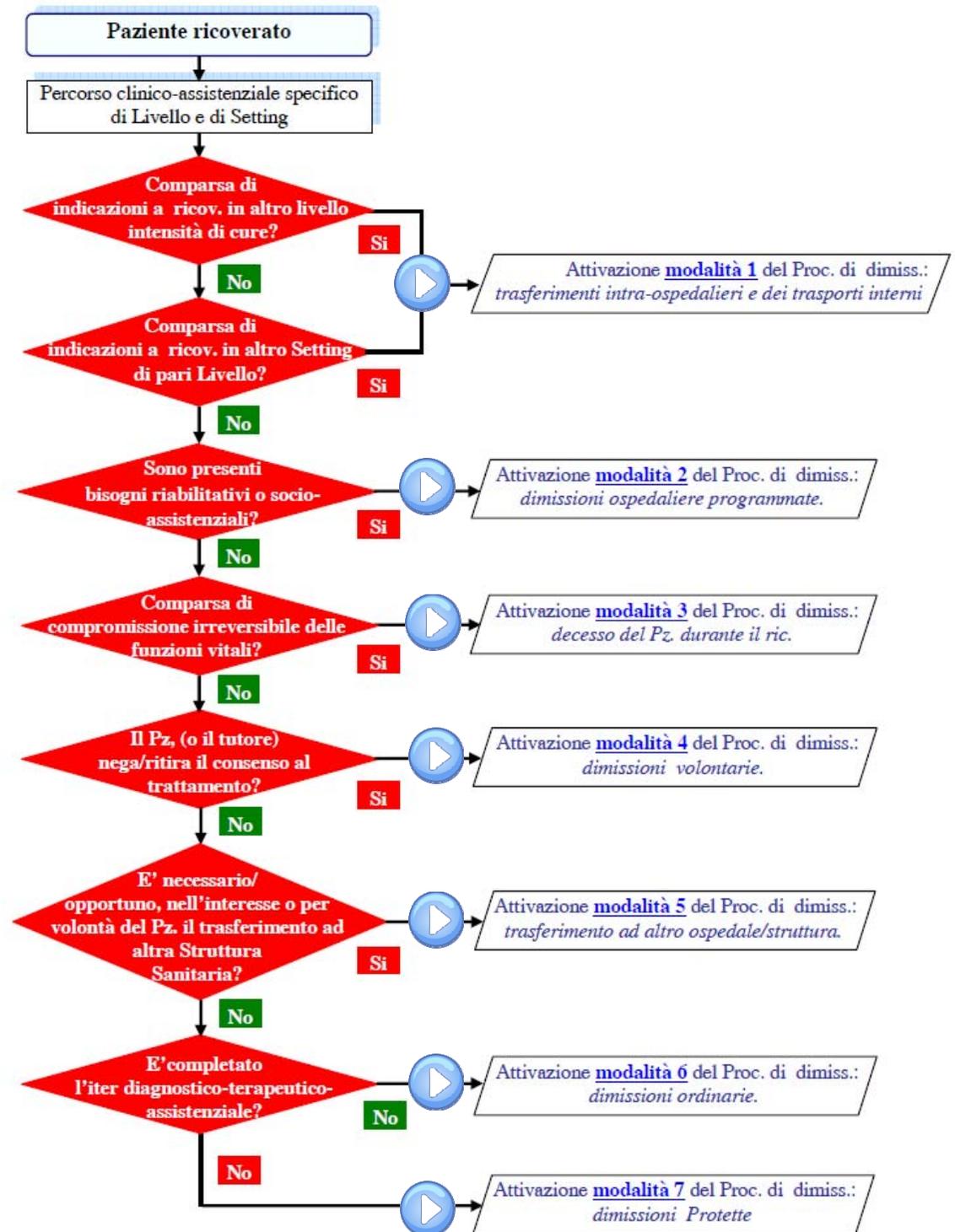


*Casa della Salute; Cure Intermedie; Potenziamento Cure Primarie; Chronic Care Model; Percorsi assistenziali (PDTA); Disease Management (Care manager); sistemi informatici e di comunicazione (cartella clinica elettronica, teleconsulto, tele assistenza domiciliare); Rapporti con l'associazionismo; ecc..*

## Dimissione come processo

*Necessità di programmare la dimissione fino dai primi momenti del ricovero*

*“Triage” per l’ingresso nel Sistema delle Cure Primarie*



# LA NUOVA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Deliberazione del Direttore Generale n. 538 del 21 dicembre 2012

Livello	Referenti	Ruolo	Responsabilità attribuita
<a href="#">Comitato Guida</a> Coordinato da Roberto Biagini	Lucia Turco	Direttore Sanitario	Direzione e monitoraggio dell'intervento  Gestione delle criticità e le emergenze
	Luca Cei	Direttore Amministrativo	
	Piero Paolini	Responsabile DEU	
	Roberto Bigini	Direttore di Presidio Osp.	
	Fabrizio D'Arrigo	Resp. Area Funzionale Tecnica	
	Rosaria Raffaelli	Dir. UO prof. inf. ed ostetriche	
	Giuseppe Nottoli	Dir. UO prof. tec. San.	
	Stefano Cantini	Resp. Staff Aziendale	
Giacomo Corsini	Coord. del gruppo di progetto		
<a href="#">Gruppo di Progetto</a> Coordinato da Giacomo Corsini	Fabrizio D'Arrigo	Responsabile AFT	Coordinare i Gruppi di lavoro  Predisporre e pianificare le specifiche attività da svolgere per ciascun gruppo di lavoro
	Piero Paolini	Responsabile DEU	
	Luciano Lippi	Direttore SPP	
	Maurizio Lenzi	Sez. Tecn. San. (ESTAV DEC)	
	Giacomo Pieraccioli	Sez. Tecn. Inf. (ESTAV DEC)	
	Stefano Cantini	Responsabile Staff Aziendale	
	Ivano Cerretini	Resp. Sez. accred. e sic. del pz	
	Alessandro Ghera		
<a href="#">Gruppo di Lavoro</a> piano di trasferimento Coordinato da Giacomo Corsini		Vedi documento specifico	
	Resp. del Gruppo di lavoro. Personale scelto nelle diverse strutture organizzative sanitarie e tecnico-amministrative aventi le specifiche competenze richieste Alla realizzazione del progetto Resp. Aree Funzionali		Realizzare le attività previste per ogni specifico gruppo di lavoro e rapportarsi con il Gruppo di Progetto
<a href="#">Gruppo di Lavoro</a> modelli organizzativi Coordinato da Chiara Gherardeschi		Vedi documento specifico	
	Dir. UU.OO. Coordinatori di Area e di Setting		Realizzare le attività previste dal piano per la propria sfera di competenza
<a href="#">Direttori Strutture            organizzative e coordinatori</a>			

## Sponsorship da parte della Direzione dell'organizzazione

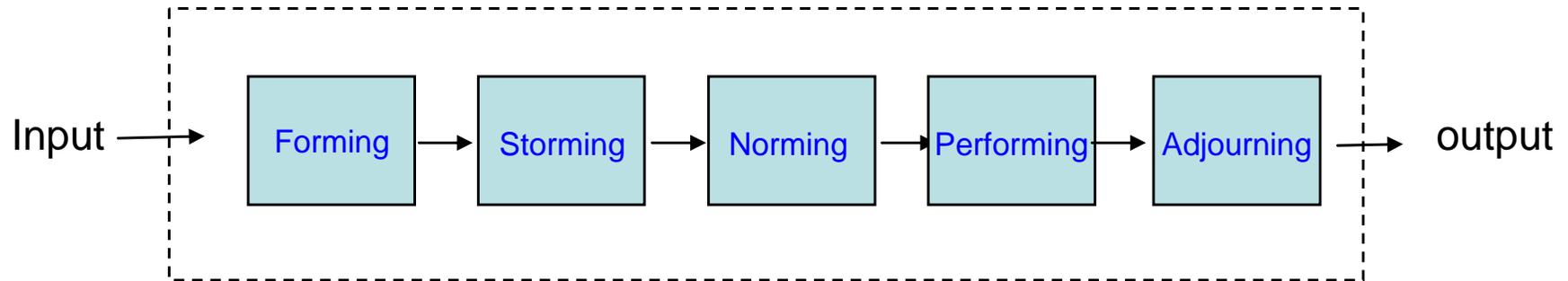
Le esperienze internazionali sono concordi nel fatto che per il successo di un progetto di reingegnerizzazione dei processi è decisivo che la **leadership del progetto sia assunta da chi possiede l'autorità necessaria per decidere** e mettere in atto i cambiamenti previsti nella reingegnerizzazione.

Livello	Partecipanti	<u>Responsabilità attribuita</u>
<b>Comitato Guida</b> <i>Presieduto dal Committente</i>	Direzione aziendale Direttori macrolivelli Altro	Il Comitato assume la responsabilità complessiva del progetto, lo guida e lo indirizza sbloccando eventuali ostacoli lungo il percorso
<b>Gruppo di Progetto</b> <i>(Presieduto dal Dir. Sanitario)</i>	Team leader Tutor metodologici Altro	Assicurare il raggiungimento degli obiettivi di progetto
<b>Gruppi di Lavoro</b> <i>(Presieduto dal Referente del processo)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Membri permanenti</u>: partecipano a tutte le fasi di analisi e progettazione dei processi</li><li>• <u>Membri a "chiamata"</u>: partecipano ad alcune fasi in base alle loro competenze</li><li>• <u>Tutor e/o Facilitatore</u></li><li>• Altro</li></ul>	Sviluppare per i processi di competenza le soluzioni organizzative per il miglioramento dei processi

# Formare i team di lavoro alle tecniche di mappatura dei processi

*LA CAPACITÀ DI LAVORARE IN GRUPPO È ANCHE UN PROCESSO CULTURALE*

All'interno di ogni gruppo di persone la vita si svolge secondo ritmi che si ripetono:



- ✓ Forming: si crea un gruppo di lavoro
- ✓ Storming: il GdL si confronta (e si scontra)
- ✓ Norming: si stabiliscono obiettivi comuni
- ✓ Performing: si passa all'azione progettuale
- ✓ Adjourning: incertezza che accompagna lo scioglimento

Circa  
40 operatori

*Corso di formazione "on the job"*

*Intensità di cura: verso il nuovo ospedale (MODULO 1 e MODULO 2)*

*Nei primi mesi dell'anno sono stati formati tutti i componenti del gruppo di Progetto (Team Leader e Tutor metodologici)*

# Appropriatezza: definizione

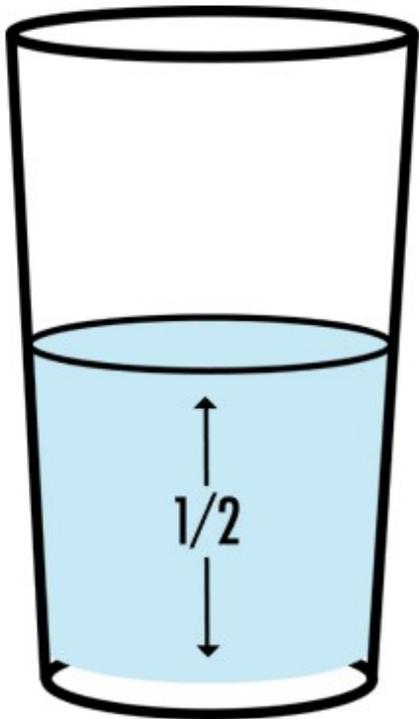
## *Aspetti semantici e concettuali*

**Intervento** giusto, al paziente giusto, al **momento giusto**, per la durata giusta, **nel posto giusto**, dal **professionista giusto**

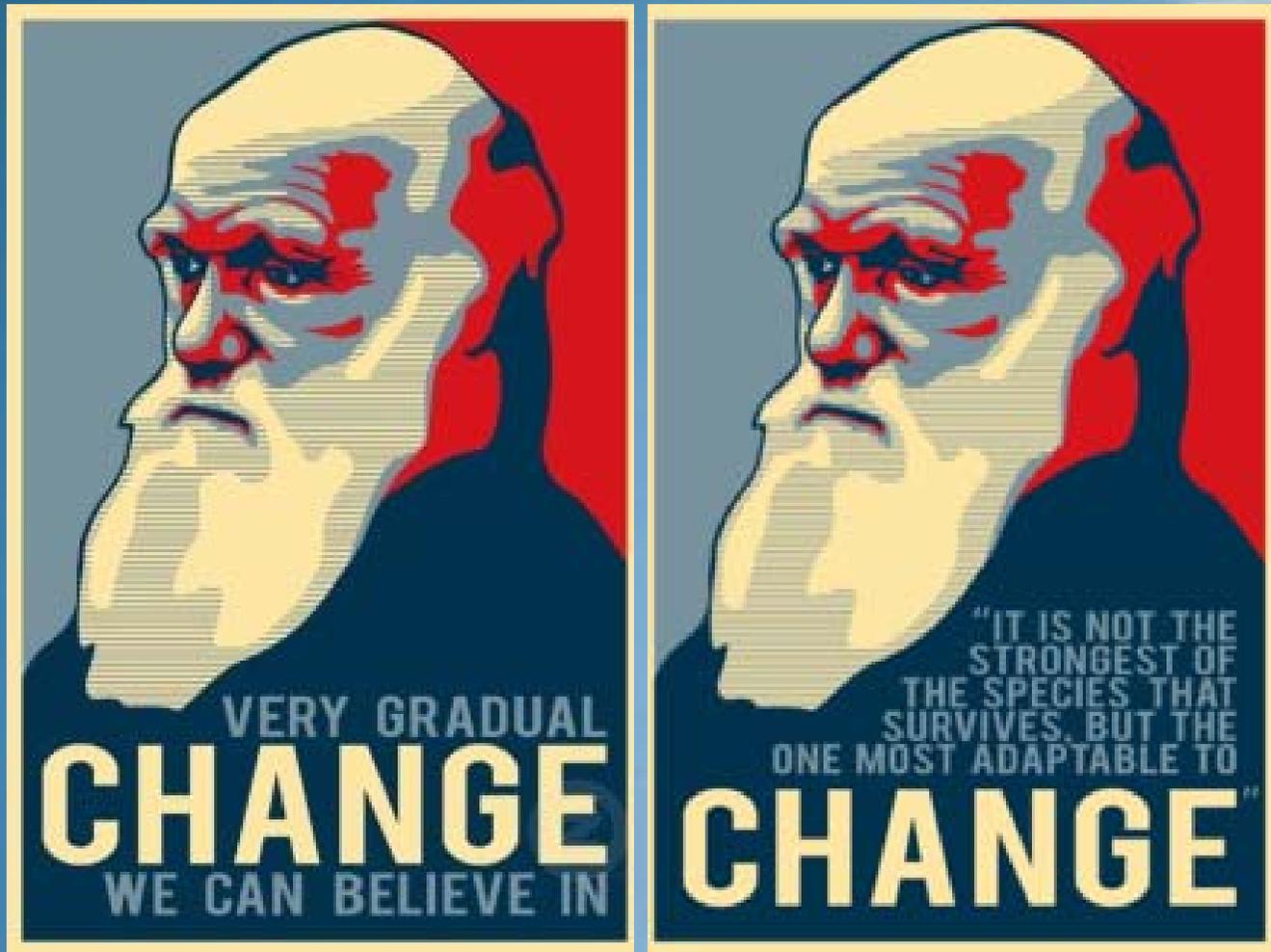
- Interventi:** trattamenti preventivi, terapeutici, riabilitativi, farmaci, interventi chirurgici, test diagnostici, screening, visite specialistiche, interventi educazionali, ecc.
- Timing:** efficacia dell'intervento sanitario condizionata da tempestività di erogazione, continuità terapeutica
- Setting:** Territorio (domicilio, MMG, ambulatorio, RSA, ospedale di comunità, ospice, ecc..) Cure intermedie, Ospedale (ambulatorio, ciclo diurno, ciclo continuo, day service, livello 1, livello 2, livello 3, Aree Funzionali)
- Professionisti:** medico, infermiere, fisioterapista, tecnico, ecc..



**Problemi, ostacoli  
ed opportunità dei  
primi mesi di  
esercizio**



# LA RESISTENZA AL CAMBIAMENTO



**CHANGE**

*“Cambia prima di essere costretto a farlo”*

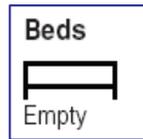
Jack Welch



***I cambiamenti  
culturali trovano  
una grande  
resistenza***

# L'ATTRAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE & L'AUMENTO DEI RICOVERI

Tratto da V. Arienti, L. Baldini - "Congresso Regionale SIMEU"- Bologna, 12 maggio 2009



libero



occupato

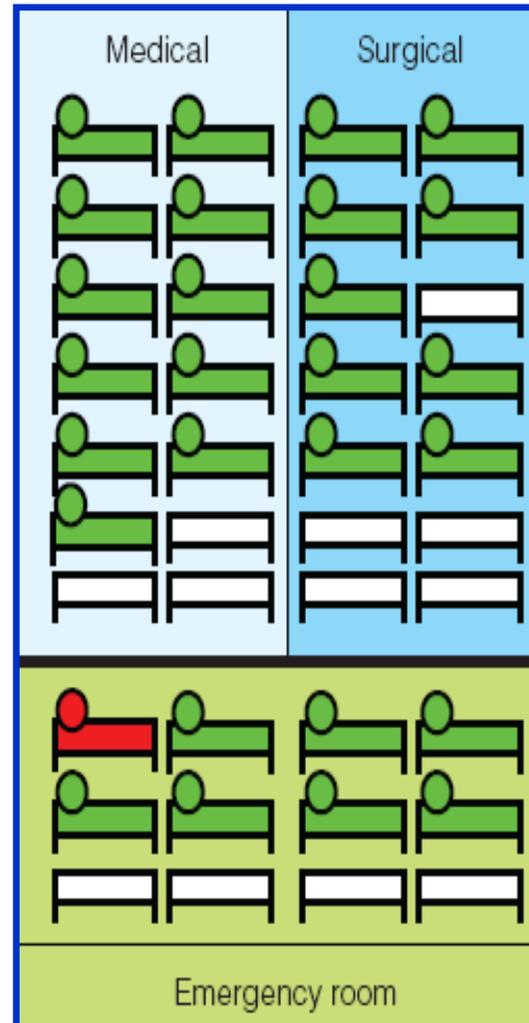


In attesa di  
destinazione



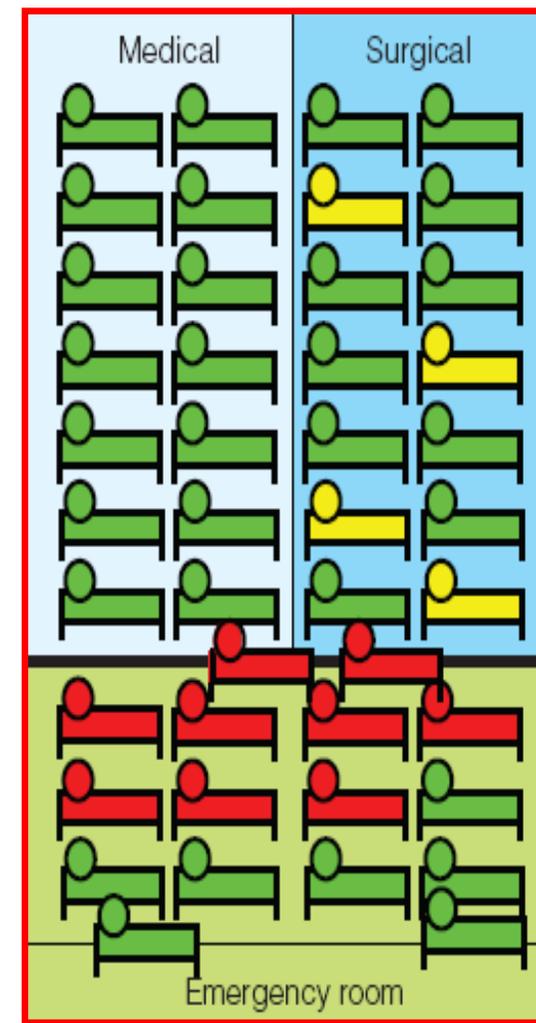
Ricoverato in  
reparto  
inappropriato

## NON affollato



Situazione ideale,  
flusso regolare

## Affollato



Inappropriatezza  
e rischio

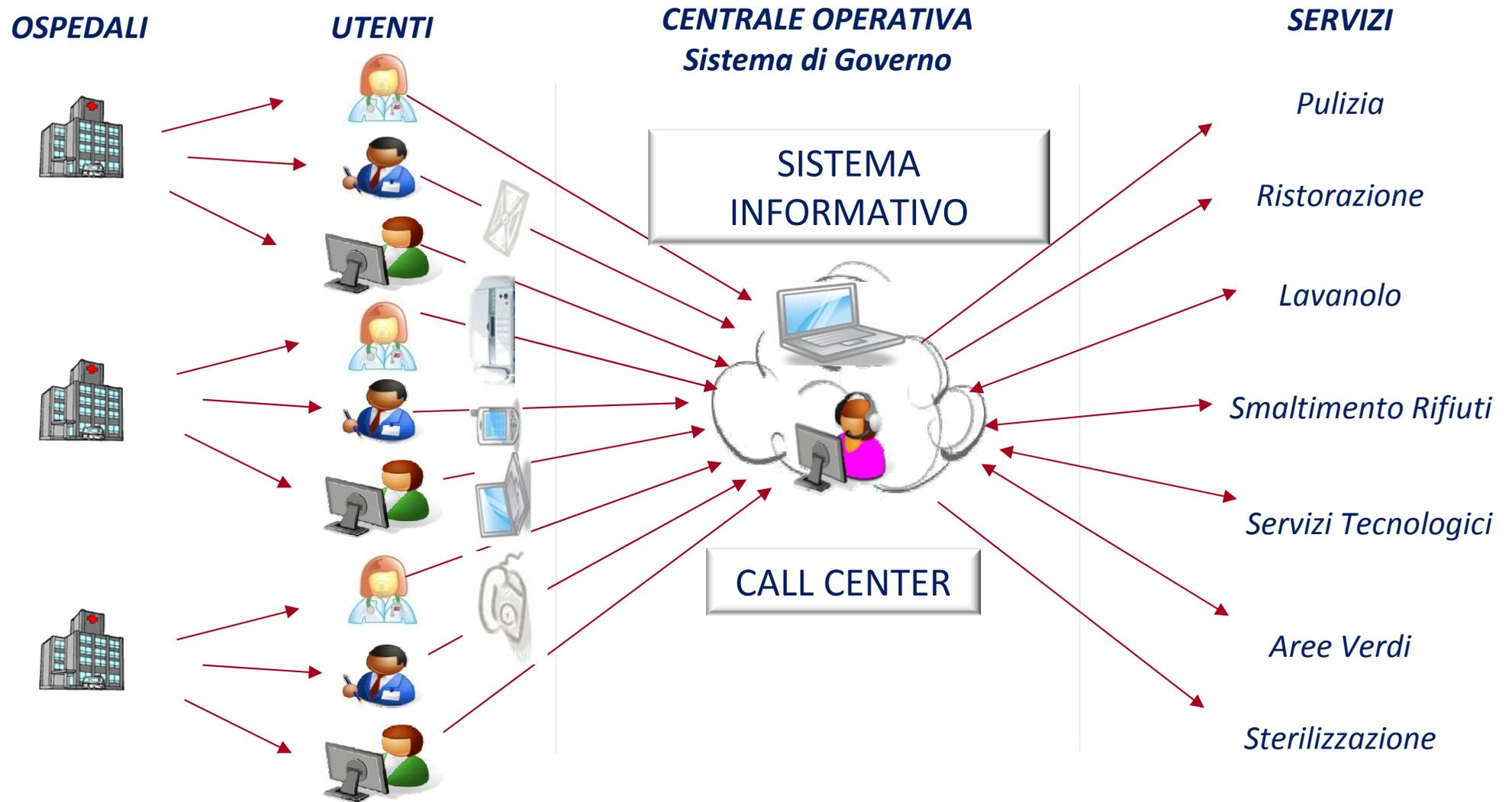
**RSICCHIO INAPPROPRIATEZZA**

# I Rapporti con il Concessionario

---



# Il Modello di Servizio



La Centrale Operativa è l'unità operativa centralizzata che, attraverso un unico punto di accesso, semplifica il processo di gestione delle attività a richiesta e programmate e permette un'efficace monitoraggio della qualità (SLA) e delle consistenze (mq, pasti, ecc).

# Il Sistema di Governo (SdG)

Il progetto di costruzione e gestione dei nuovi Ospedali Toscani prevede che, nell'ambito dei servizi non sanitari, venga reso disponibile il Sistema di Governo, cuore del sistema di gestione dei servizi in Concessione.



## Obiettivi Principali Del Sistema Di Governo



**GESTIRE LE ATTIVITA' A RICHIESTA**

**GESTIRE LE ATTIVITA' ORDINARIE**



**MONITORARE LO STATO DI AVANZAMENTO DELLE ATTIVITA'**

**MISURARE IL LIVELLO DI QUALITA' CONSEGUITO**

**MONITORARE LA RENDICONTAZIONE DEI SERVIZI EROGATI**

Le componenti principali del Sistema di Governo sono il Sistema Informativo e il Call Center

