

INNOVAZIONI DIROMPENTI

**PRODOTTI, SERVIZI INNOVATIVI E
CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI IN SANITA'**

Firenze 15 dicembre 2016

**ARS Toscana
Regione Toscana**

Introduzione

Una criticità dei servizi diagnostici è rappresentata dallo scostamento dei tempi di attesa rispetto agli standard regionali. La Direzione Aziendale ha gestito la situazione istituendo una Commissione Ospedale Territorio con il mandato di analizzare il problema e proporre adeguati correttivi, i quali sono stati individuati nell'attivazione di:

- *Call Center Radiologico* finalizzato a ricercare strategie diagnostiche condivise nei casi richiedenti tecniche di *Radiologia Pesante*,
- Progetto di *Accesso Diretto* dell'utenza agli esami di *Radiologia Convenzionale*,
- CUP di 2° livello, riservato ai clinici, per la gestione ottimale dei casi complessi.

Materiali e Metodi

Dal 2016 sono stati mappati i tempi d'attesa per prestazioni di radiologia *pesante*, con analisi degli scostamenti seguita dall'applicazione di misure correttive, tra cui l'attivazione di un *Call Center Radiologico*, riservato a MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri. (Tab.1)

Dal 19/9/16 al 31/12/16, per la radiologia *convenzionale*, è stata attivata in via sperimentale la possibilità di *Accesso Diretto*, senza prenotazione CUP, ai pazienti muniti di richiesta presso gli Ospedali San Paolo di Savona e San Giuseppe di Cairo. Eventuali eccedenze rispetto alle capacità ricettive giornaliere sono ricollocate in un'agenda dedicata. Possono aderire anche i pazienti già muniti di prenotazione CUP, previa disdetta dell'appuntamento precedente. Il progetto ha richiesto l'installazione di una postazione dedicata ad accettazione e riscossione dei ticket, presso la S.C. Radiologia.

PDTA GESTIONALE

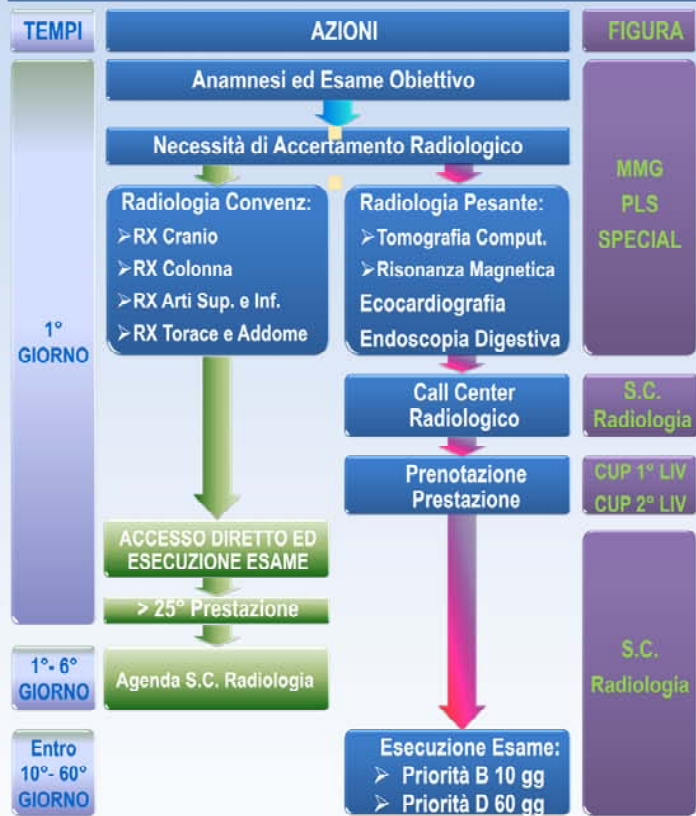


Fig.1: Gestione delle richieste relative alla Diagnostica per Immagini.

Risultati

Il nuovo assetto organizzativo (Fig.1) ha permesso di sgravare gli operatori CUP da 40.000 accessi/anno ed attivare il CUP di 2° livello.

Questo ha favorito l'intensificazione dell'attività di *recall* e riposizionamento delle prenotazioni, garantendo una copertura ottimale delle disponibilità offerte dalle strutture diagnostiche dell'Azienda, con riflessi positivi sui tempi di attesa, oltre che per la *Radiologia Pesante* (TC, RM), anche per le prestazioni di Endoscopia Digestiva ed Ecografia Cardiovascolare. (Tab.1)

Conclusioni

La riduzione dei tempi d'attesa ed il risparmio di tempo in precedenza dedicato a prenotazione e pagamento ticket (≈ 4 ore/pz) ha impattato favorevolmente sulla qualità percepita dall'utenza e sui costi indiretti per la collettività imputabili al tempo sottratto al lavoro, stimati in 1.200.000 €/aa. I risultati ottenuti evidenziano l'efficacia della sinergia tra servizi ospedalieri e territoriali nel raggiungimento degli standard di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, con effetti positivi su *outcome*, soddisfazione dell'utenza e razionalizzazione delle risorse.

Referenze

- DGR 545/2011 'Recepimento Intesa Stato/Regioni 29/04/10 sul documento Sistema CUP'
- Delibera DG 678/2011 'Adozione del Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa dell'ASL2 Savonese'

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	TEMPI DI ATTESA ISTITUZIONALI		TEMPI DI ATTESA EFFETTIVI PRE-CORRETTIVO		CORRETTIVO INTRAPRESO	TEMPI DI ATTESA EFFETTIVI POST-CORRETTIVO (20/10/16)	
Radiologia Pesante TC	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 60 giorni	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 90 giorni	Riordino attività, Call Center Radiologico, CUP2° Livello	Priorità B: 7 giorni	Priorità D: 24 giorni
Radiologia Pesante RM	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 60 giorni	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 90 giorni	Riordino attività, Call Center Radiologico, CUP2° Livello	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 54 giorni
Gastroscopia	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 60 giorni	Priorità B: 30 giorni	Priorità D: 120 giorni	Riordino attività, CUP2° Livello	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 20 giorni
Ecocardiografia	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 60 giorni	Priorità B: 70 giorni	Priorità D: 70 giorni	Riordino attività, Call Center Radiologico, CUP2° Livello	Priorità B: 3 giorni	Priorità D: 27 giorni
Radiologia Convenzionale	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 60 giorni	Priorità B: 10 giorni	Priorità D: 60 giorni	Progetto RX ON DEMAND	Priorità B: 1 giorno	Priorità D: 4 giorni

Tab.1: Tempi d'attesa per la Diagnostica per Immagini. Correttivi applicati e rivalutazione dopo applicazione dei correttivi

**QUALE RISPOSTA FORNIRE AL
PARADIGMA DELLA MODERNA
MEDICINA IN CUI SI OSSERVA LA
TENDENZA ALLA CONCENTRAZIONE
DELLE COMPETENZE E DELLE
TECNOLOGIE, MENTRE I BISOGNI SI
ALLONTANANO ?**

DIMENSIONE	MODELLO TRADIZIONALE	MODELLO CARE ORIENTED	STRUMENTI
PATOLOGIA	mono specialistico	poli specialistico	completezza dei regimi di cura
STRUTTURA	numero pazienti	casi trattati	spazi/luoghi in funzione dei casi trattati
CONFIGURAZIONE	funzione specialistica	processo clinico assistenziale	aree/strutture a diversa intensità assistenziale
INVESTIMENTO	spazi - struttura	tecnologia innovazione	elettronica sanitaria informatica
FORMAZIONE	aggiornamento professionale	ricerca e cultura sanitaria	sperimentazioni e sviluppo del sapere
RESPONSABILITA'	patologia	processo di cura	outcome
CONTROLLO DI GESTIONE	unita' organizzativa	caso trattato	protocolli - profili

● SOCIALE

sviluppo di forme di partecipazione attiva e consapevole del paziente nella fornitura dei servizi

● PROFESSIONALE

implementazione distribuita,
funzionale e coerente delle reti
clinico-assistenziali

● TECNOLOGICA

costruzione dinamica a base larga della piramide delle conoscenze e delle tecnologie

■ Informazione

cultura del fare - cultura della comunicazione
educazione terapeutica

■ Partecipazione

percorsi di autogestione sanitaria
cooperazione con il volontariato

■ Condivisione

bilancio sociale - lettura sanitaria
consapevolezza dei livelli di accesso

■ Ricerca

modelli di ricerca applicata alla clinica
modelli gestionali clinico-assistenziali

■ Patrimonio

valutazione professionale
percorsi professionali

■ Referenzialità

confronto professionale
confronto interaziendale

■ Diagnostica

esportabilità - minore invasività
potenziamento rete territoriale

■ Teleconsulto

gestione dei trasferimenti
anticipazione dei trattamenti

■ Sistema informativo

clinico - assistenziale
network delle informazioni

ACUTE CARE

INTENSIVITA' ASSISTENZIALI
technology intensive

orientato alla produzione
PRESTAZIONI

presidia
EFFICIENZA

tende a
ACCENTRAMENTO
economie di scala

tempi
BREVI

implementa
ECCELENZA

PRIMARY CARE

ESTENSIVITA' ASSISTENZIALE
labor intensive

orientato alla gestione
PROCESSI ASSISTENZIALI

presidia
EFFICACIA

tende a
DECENTRAMENTO
partecipazione

tempi
LUNGI

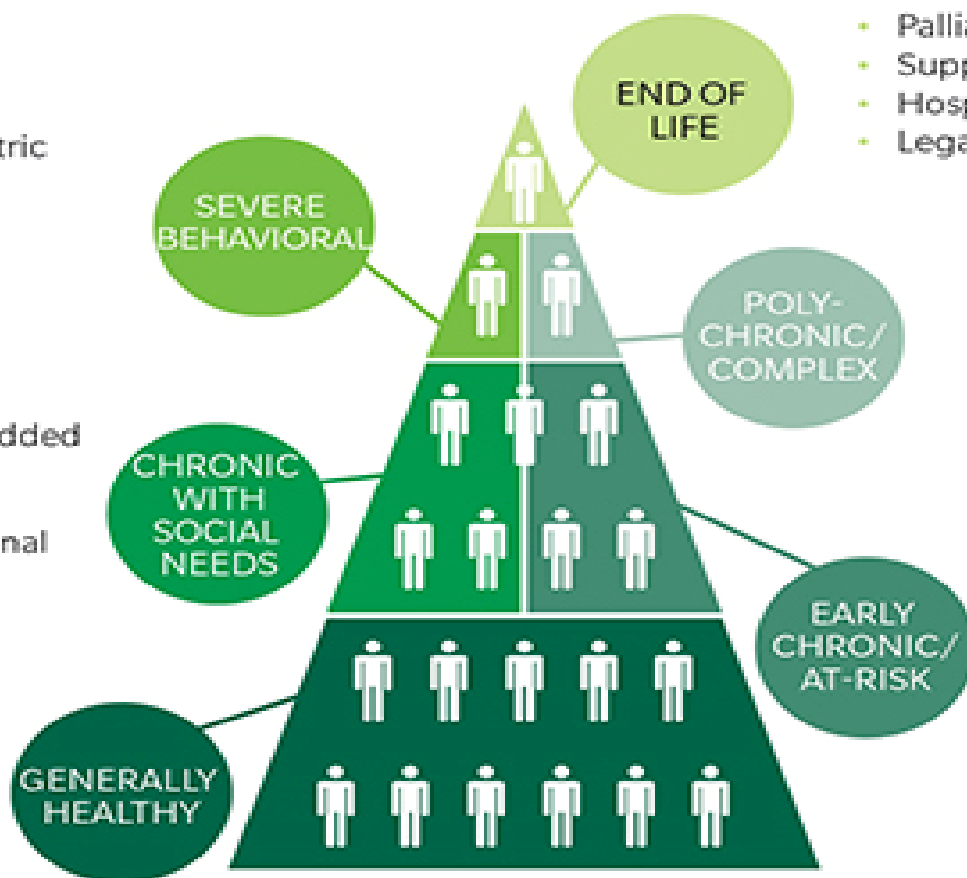
implementa
EQUITA'

specialized care models for population segments with distinct needs

- Dedicated psychiatric NPs/MDs
- Bio-monitoring of Rx adherence
- Dedicated social worker and PCP

- Case worker embedded in care team
- Dedicated coach focused on nutritional and mental health needs

- Affordable acute care options
- Rewards and incentives
- Social/mobile health tracking tools



- Palliative care experts
- Support for caregivers
- Hospice centers
- Legal/financial advisers for family

- Dedicated health coach focused on fitness, nutrition
- Attention to behavioral health
- Rewards for meeting health goals

- Dedicated "Extensivists"
- Remote monitoring
- Specialty clinics
- Integrated behavioral health



dal
SISTEMA a RETE



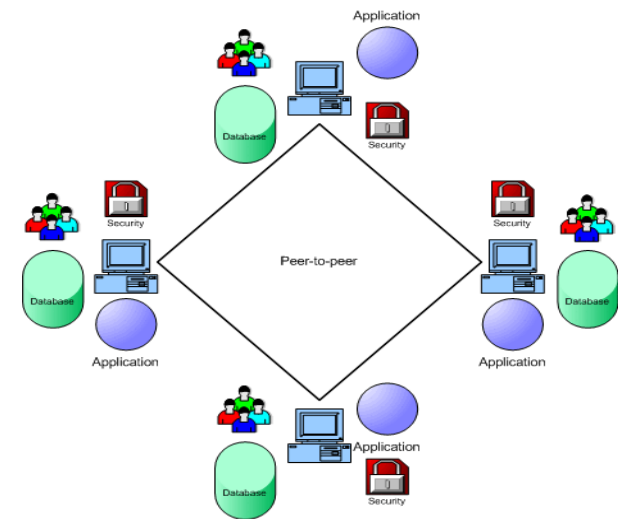
UNA STRUTTURA DI
SIGNIFICATO CHE VIAGGIA
SU RETI DI COMUNICAZIONE
NON LOCALIZZATE IN
SINGOLI TERRITORI

Ulf Hannerz

alla
RETE di SISTEMA



- I professionisti devono integrare la comunicazione e cooperare nelle attività
- Lo scambio in tempo reale delle informazioni cliniche deve diventare la normale modalità operativa
- Le responsabilità devono essere condivise in un modello di continuità di cure
- E' indispensabile riconoscere una pluralità di soggetti con ruolo definito
- La competenza specialistica esclusiva deve essere superata





NODI
RELAZIONI
FLUSSI

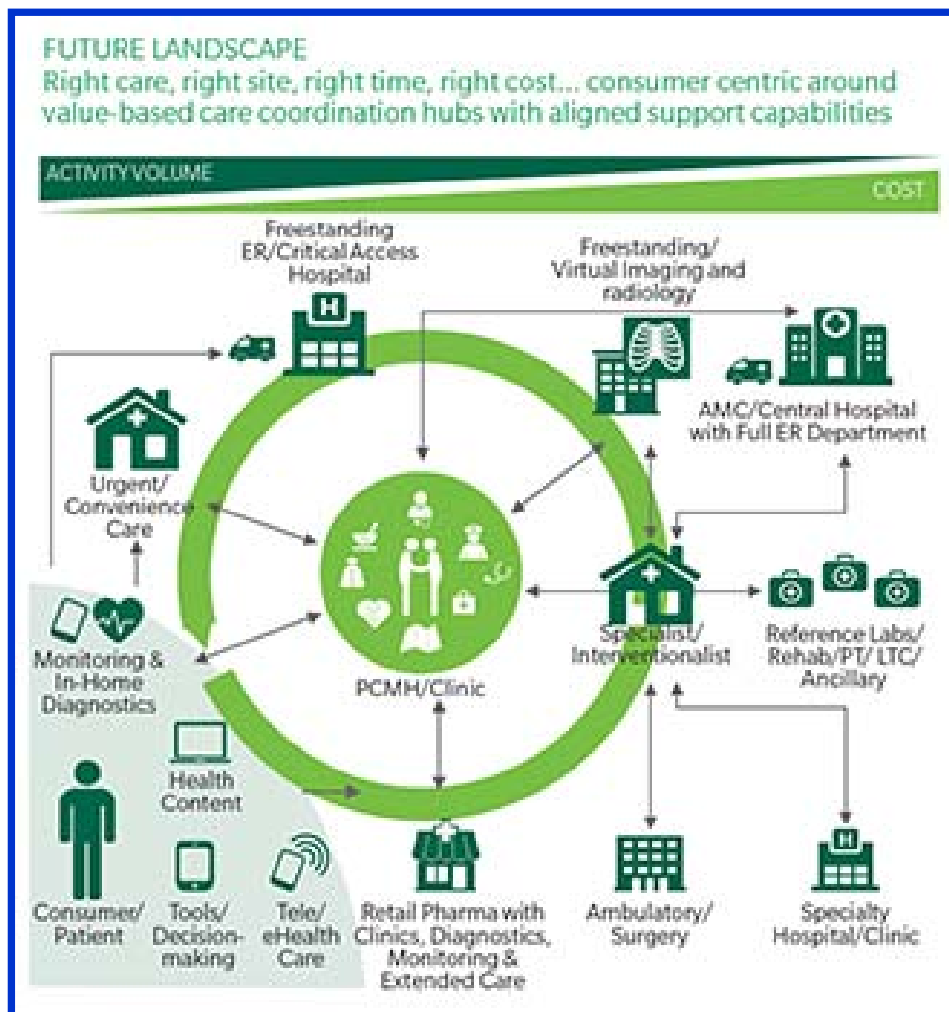


RIDONDANZA
flussi/tempi

RESILIENZA
relazioni/rapporti

COOPERAZIONE
nodi/standard

population health managers will be incented to push activity out of high cost-settings and into the daily lives of consumers



**“ NON E’ PERCHE’ LE COSE SONO DIFFICILI CHE
NON OSIAMO, E’ PERCHE’ NON OSIAMO CHE
SONO DIFFICILI “**

Seneca

