



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI



MODELLI E STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE E
TERRITORIO :
UNA CROSS FERTILIZATION INTERREGIONALE

Lean Thinking per lo sviluppo del territorio in Toscana Sud Est

Arezzo 27 Novembre 2024

Dott.ssa Silvia Bellucci
referente Lean Management TSE
lean team Lean aziendale

Dott.ssa Assunta De Luca
Direttrice Sanitaria



- 10 Zone Distretto/Società della Salute
- 13 Stabilimenti Ospedalieri
- 31 AT
- 665 MMG
- 97 PLS
- 24 Cds



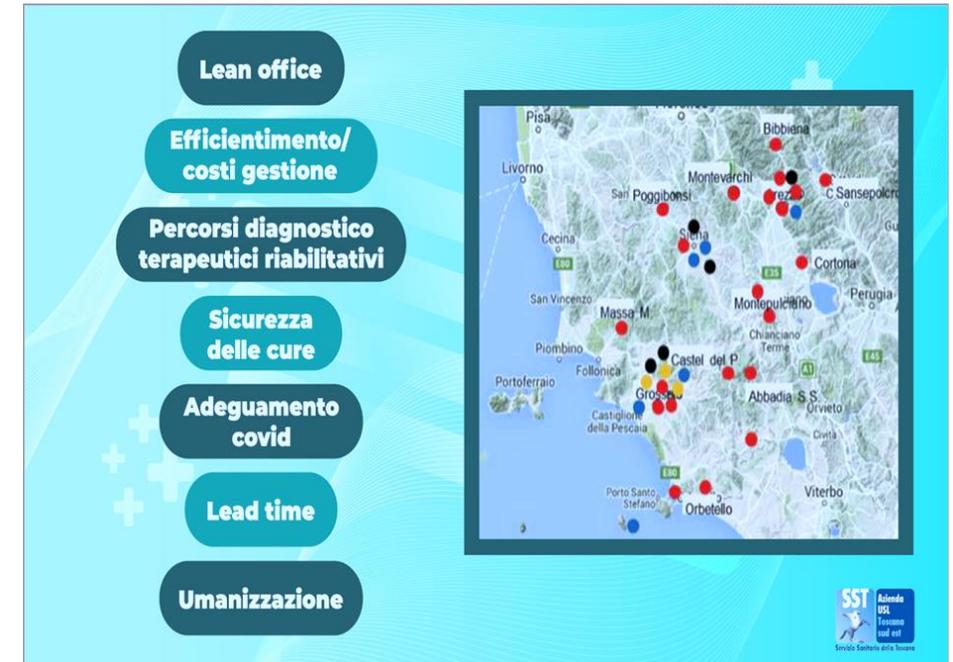
- 4.288 ADI
- 305.000 in interventi del 118
- 30.45 mln prestazioni ambulatoriali
- 30.028 segnalazioni ACOT
- Circa 66.000 ricoveri



Perché gestione dell'Azienda in logica Lean?

- *Dispersione territoriale*
- *Disomogeneità organizzativa*
- *Disequità di accesso*
- *Tempi di percorrenza alti*
- *Molteplici sedi produttive*
- *Difficoltà del reperire risorse umane*
- *Costi più elevati a parità di prestazioni*

Diventano opportunità per affrontare in Lean percorsi di efficientamento

Lean office

Efficientamento/ costi gestione

Percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi

Sicurezza delle cure

Adeguamento covid

Lead time

Umanizzazione

SST Azienda USL Toscana sud est
 Servizio Sanitario della Toscana



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

Perché gestione dell'Azienda nella logica Lean

26-29 NOVEMBRE 2024

AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Le nostre strategie chiave :

Favorire **partecipazione**, formazione e **coinvolgimento** dei professionisti inseriti nei processi aziendali;

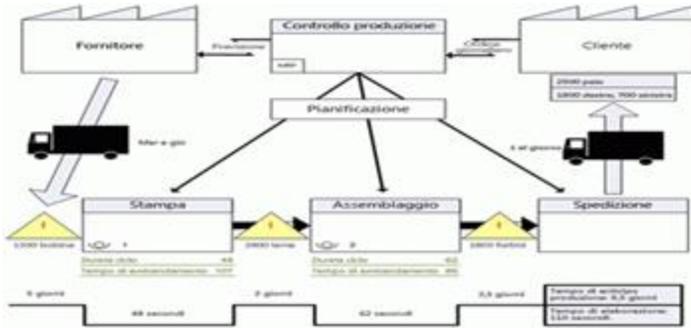
Ridurre la distanza tra processi di pianificazione e processi di erogazione dei servizi, attraverso il decentramento delle proposte di miglioramento su tutti i livelli dell'organizzazione (bottom up);

Disseminare la filosofia del pensiero snello, ovvero **la lean production**, al campo manageriale, ovvero il lean management.

Implementare un approccio **"market driven"**, con un passaggio dalla **logica push** (introduzione di soluzioni a prescindere dalla domanda) **alla logica pull** (produzione di servizi in base alla domanda);



Per far sì che il flusso scorra, abbiamo disegnato ogni processo analizzato il suo flusso del valore, ogni singola fase, aggiunge valore all'intero processo; ogni passo della sequenza analizzato e rivisto prestando attenzione a ciò che la precede ed a ciò che la segue, in modo da collegare ogni passo effettuato per creare valore e non spreco.



Le pareti diventano lavagne

*Nella TSE i problemi si affrontano insieme al Team,
 non solo quindi con chi ricopre ruoli manageriali e strategici, ma sul **Gemba**
 insieme alla forza ed alla conoscenza di chi sta sulla produzione in una determinata fase del processo.*

Lavori In TSE? ... Lean! Il sito aziendale



Azienda USL Toscana sud est
 Una persona che ha cura dell'altro rappresenta il più grande valore della vita (Jim Rohn)

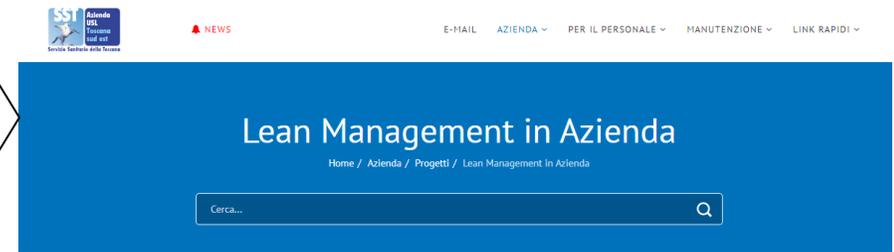
Cerca...

Brevi dall'azienda
 È lo spazio dedicato a notizie, eventi, comunicazioni, circolari, nuovi atti aziendali...

Modulistica
 Qui puoi trovare la modulistica in vigore in Azienda su amministrazione del personale, telefonia, beni mobili...

Manutenzione
 Devi segnalare un guasto tecnico, informatico, un malfunzionamento o una pulizia speciale? da qui puoi farla...

Applicativi
 In quest'area puoi trovare tutti i tuoi applicativi, alcuni già aziendali altri specifici per provincia...

Lean Management in Azienda
 Home / Azienda / Progetti / Lean Management in Azienda

Cerca...



Presenta una proposta per un progetto di miglioramento
 Home / Lean Management in Azienda / Progetti / Presenta una proposta per un progetto di miglioramento

Cerca...

PROGETTO LEAN VISITE: 108 RATING: ☆☆☆☆

Presenta una proposta per un progetto di miglioramento

Nello svolgimento quotidiano del nostro lavoro in Azienda può accadere di percepire che l'attività che svolgiamo, un processo di cui siamo parte o un servizio che contribuiamo ad erogare potrebbe essere più efficiente ed ed

Alcuni suggerimenti forniti dall'approccio Lean possono essere d'aiuto per individuare eventuali azioni da correggere e trasformare in proposte di progetti di miglioramento.

Identifica cosa conta davvero per i tuoi pazienti

Riconosci la centralità del paziente nel processo di servizio ed acquisisci il suo punto di vista, la sua prospettiva dell'intero processo.

Qual è la percezione del paziente verso il tuo servizio?

Considera troppo lunghi i tempi d'attesa?

Come valuta la comunicazione con l'organizzazione?

E perché un paziente dovrebbe preferire la tua struttura rispetto ad una altra?

Individua inefficienze e sprechi del tuo processo di servizio



Lean thinking

Il Lean Thinking, o pensiero snello, è uno stile di management che mira all'abbattimento degli sprechi per creare processi standardizzati eccellenti, a basso costo e con il contributo delle persone. È adattabile a tutti i settori e contesti e si applica a tutte le aree aziendali.

La centralità del cliente è alla base della filosofia lean thinking: è attento e focalizzato sulle esigenze del cliente, è ricerca ossessiva degli sprechi (MUDA) e responsabilizzazione delle risorse aziendali per creare valore aggiunto, è miglioramento continuo.

Il Lean Thinking comprende un insieme di strumenti operativi e metodi per l'applicazione dei principi lean in azienda; tuttavia l'approccio al pensiero snello deve essere interpretato come un'occasione di cambiamento radicale che interessa non solo l'aspetto operativo ma anche l'insieme di regole e valori, la cultura aziendale.

From house to home: da casa della salute a casa della comunità



S. Dei, R. Turillazzi, M.G. D'Amato, S. Bellucci, S. Mecheroni, S. Cerasaro, A. Serra, F. Vencia, F. Monelli, F. Taddeini.



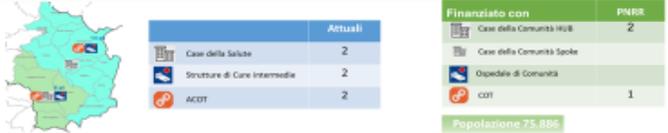
Background: Proposta / Problema

Favorire la trasformazione da Casa della Salute alla Casa della Comunità.

Stato Attuale



Analisi



Obiettivi



OBIETTIVI	KPI
Migliorare la presa in carico dei bisogni di salute della persona e supportare la disponibilità e l'accessibilità alla specialistica. Favorire la cultura trasversale e la cura. Migliorare i servizi di telemedicina e teleassistenza.	<ul style="list-style-type: none"> Incremento del numero "MASTER CASE" presso il distretto sanitario di AREZZO, con un'età media del paziente del centro salute di prima linea inferiore a 65 anni. Incremento del numero "MASTER CASE" presso il distretto sanitario di AREZZO, con un'età media del paziente del centro salute di prima linea inferiore a 65 anni. Miglioramento della soddisfazione del paziente nel servizio. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento e coinvolgimento del Terzo settore nella cura e nella prevenzione. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza.
Valorizzare le risorse della comunità e la cooperazione delle reti di comunità e di salute al territorio nella presa in carico di pazienti di complessità per migliorare la cura al salute e l'accesso ai servizi della LRS.	<ul style="list-style-type: none"> Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza.
Indagare sui modelli di servizi/presa in carico in regime multidisciplinare presso i CUP e di cura integrata con i servizi della rete di riferimento alla GdC e della Zona Esterna.	<ul style="list-style-type: none"> Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza.
Favorire l'accesso, il coinvolgimento e la presa in carico del paziente e dei familiari/relativi per una migliore esperienza.	<ul style="list-style-type: none"> Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza. Incremento del numero di interventi di telemedicina e teleassistenza.

Contromisure / Pianificazione

Tema	Azione/Cantiere	Start Line	Responsabile	Stato in Breve
MAXIAREA ESTERNA	Telemedicina	Creazione di una stanza dedicata a telefunzione con sistema di telecamere e monitori medici (segreti ACDT) - sistema ad in-ear con TMSG	Distretto Area Esterna	🟡
	Multiprofessionalità	Tutti della comunità	Distretto Area Esterna	🟡
		Visite domiciliari congiunte	Distretto Area Esterna e Internamente	🟡
	Progetti strutturali tra professionisti	Distretto Area Esterna e Internamente	🟡	
PERSONALE	Formazione	Formazione ACDT CDT	Distretto Area Esterna	🟡
		Mappatura associazioni presenti nel territorio	Distretto Area Esterna	🟡
QUALITÀ PUBBLICITÀ	Community building	Attivazione Modulo Vita	Distretto Area Esterna	🟡
		Progetti con associazioni	Distretto Area Esterna	🟡
MACCHINE	Applicativi software	Installazione modulo ACDT CDT	Distretto Area Esterna	🟡
		ACDT interconnesso con informazione dei moduli AD e integrazione fra moduli GFI	Distretto Area Esterna	🟡
PROCEDURA	Orientamento ed informazioni	Spazio Unico Informativo	Distretto Area Esterna	🟡

Follow up /Risultati



Una nuova sfida
DM 77 e PNRR in chiave Lean
implementare progetti sul
territorio : La Casa della
Comunità

Una nuova sfida DM 77 e PNRR in chiave Lean implementare progetti sul territorio : Evoluzione della Cot

www.uslsudest.toscana.it
#salutetoscanasudest

Simona Dei, Maria Giovanna D'Amato, Silvia Bellucci, Antonio Serra, Silvana Mecheroni, Sabrina Cesaro, Lorena Stefani, Carla Campolmi, Federico Taddeini

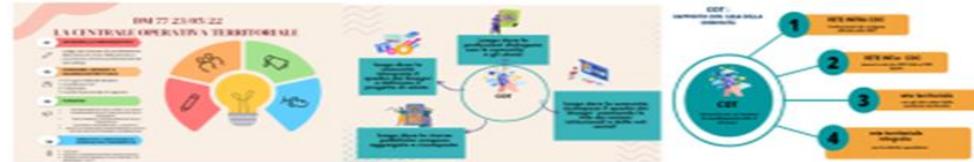


COT 4.0 EVOLUTION in Asl Toscana Sudest

Background: Proposta / Problema

Miglioramento della azione di coordinamento dei processi della Cot nel percorso di dimissione complessa

Stato Attuale



Analisi

Percorso Dimissione Complessa



Analisi organizzativa/tecnica

- Analisi dei processi di segnalazione e presa in carico
- Analisi dei software utilizzati e delle schede utilizzate dalle varie Aziende Sanitarie
- Mancano indicazioni comuni su come fare alcune richieste (es ausili)

Obiettivi

OBIETTIVO	KPI
Diminuzione tempi di attesa in cura da parte delle Cot sociali	Tempo di attivazione COT: -30%
Diminuzione della degenza nei pazienti con segnalazioni	Tempo medio di degenza: -20%
Valore per assistenza e i care giver	FRONS, FREMS, Forze Istituto Superiore San'Anna Pisa



Contromisure / Pianificazione

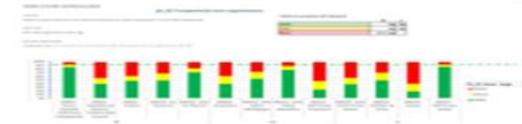
	Tema	Azione/Cantiere	Dead Line	Responsabile	SAL DA FORNIRE
MATERIALI/METODI	Implementazione cruscotto in excel	Definizione di un cruscotto di indicatori per standardizzare i processi	CONCLUSA	Direzione sanitaria azienda	😊😊😊
		Definizione delle linee guida di standardizzazione dei processi	CONCLUSA	Direzione sanitaria azienda	😊😊😊
	Implementazione progetti su percorsi di gestione complessa (esempio scompenso cardiaco)	Progetto Lean "Diagnosi precoce dell'insufficienza cardiaca e gestione integrata dello scompenso cardiaco nella casa della comunità"	30-06-2024	Responsabile Rete scompenso	😊😊😊
	Implementazione di progetti di coinvolgimento COT nei processi di dimissione	Progetto Lean Practice Change Project - CARLUCCIO (Clinical Route to Discover Undiagnosed heart failure in a Local Community)	01/08/2024	Responsabile Rete scompenso	😊😊😊
		Progetto Lean Ausili "Ho tutto? Posso andarci?"	30-06-2024	Direzione sanitaria azienda	😊😊😊
PERSONALE	Formazione	Gestione ASTER COT	31/10/2023	Referente gruppo di lavoro	😊😊😊
MACCHINE	Nuovo software Aster COT	Standardizzazione, sviluppo e collaudo del software	CONCLUSA	Ingegnere informatico referente	😊😊😊
		Integrazione con Felidae	31/10/2023	Ingegnere informatico referente	😊😊😊
		Utilizzo in ambiente TEST e avvio in ambiente di produzione	31/10/2023	Ingegnere informatico referente	😊😊😊

Follow up / Risultati



INDICATORI COT

GENNAIO - AGOSTO 2023
Andamento organizzativo dimissioni per le comunità assistenziali

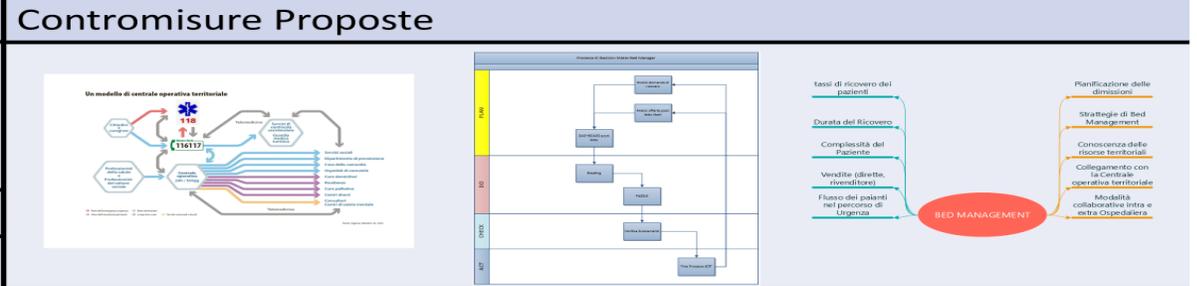


Progetto: Territorio/Ospedale/Territorio, Il paziente al centro
....Bed Management e Centrale Operativa Territoriale

Team: Francini Roberto, Magi Stefania, Bobini Patrizia , Falugiani Barbara, Renai Susanna

Data: 03/06/2024

Descrizione Problema
Il percorso di attraversamento Territorio-Ospedale-Territorio, risulta non condiviso tra i vari portatori di interesse. Il PNRR mette al centro il cittadino con bisogni di salute espressi e non espressi dando indicazioni sullo sviluppo della sanità territoriale dove la COT (Centrale Operativa Territoriale) riveste un ruolo centrale dell'intero sistema di transizione tra Ospedale e Territorio , La Regione toscana con la Delibera sull'istituzione delle Gestione Operativa mette la gestione del posto letto in capo al modello di Bed Management . I due sistemi integrati ricompongono il percorso circolare Territorio/Ospedale/territorio.



- Obiettivi**
- Garantire una maggiore integrazione dei percorsi Ospedale Territorio
 - Armonizzare la domanda-offerta posto letto anche in relazione alla gestione delle dimissioni e/o trasferimenti difficili dei pazienti verso il domicilio e le strutture territoriali



Gli spazi della COT e del Bed Manager sono condivisi , giornalmente vengono svolti briefing per la realizzazione di Percorsi Ospedale e viceversa territorio Personalizzati multidisciplinari e multidisciplinari.

Follow Up e Risultati

Indicatore	Descrizione	Valore
Indicatore 1	Tempo di processo dei pazienti ricoverati da PS, eccetto pz in OBI> 8 ore	8 ore
Indicatore 2	Tempo trascorso dalla presa in carico del Bed Manager e ricovero nelle unità di degenza: max 12 ore	12 ore
Indicatore 3	Ricovero entro le 12 nelle aree di degenza del 30% del totale delle ammissioni giornaliere	30%
Indicatore 1 (COT)	Gestione del caso segnalato di dimissione difficile entro 48 ore	48 ore
Indicatore 2 (COT)	Gestione integrata multidisciplinare delle dimissioni protette	KPI 100%
Indicatore 3 (COT)	Briefing giornalieri con le Degenze e il Bed Management	KPI 100%

www.uslsudest.toscana.it
#salutetoscanasudest

Una nuova sfida DM 77 e PNRR in chiave Lean

implementare progetti sul territorio : Le cure palliative nuovi indicatori della fase precoce»

Le cure palliative precoci e simultaneous care (cpp/sc) nella malattia oncologica evolutiva e nuovi indicatori della fase precoce

Gruppo di lavoro sulle Cure Palliative Precoci e Simultanee nella malattia cronica evolutiva: Concetto Liberatore, Annagrazia Pecci, Antonia Labacana, Daniela Barrecaffi, Giulio Corsi, Francesco Di Clemente, Carlo Compalini, Elisa Querici, Marco Langhetti, Renato Tullino, Gabriele Bengalis, Mario Giovanni D'Amato, Roberto Turillazzi, Anna Beltramo. Per laboratorio Management e Sanità (MeS) Scuola Superiore Sant'Anna Pisa; Francesco Ferrè, Sofia Longhi, Milena Vianini.

Per il bersaglio del gruppo team: **Maggio 2023**

Background: Proposta/Problema

Identificare i bisogni di cure palliative (cp) precoci nelle malattie inguaribili oncologiche per anticipare la presa in carico del malato/familiari, garantire cure più appropriate e allineate alle preferenze del paziente/familiare, migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza, ridurre l'ospedalizzazione, in particolare nel fine vita. L'individuazione dei nuovi indicatori della fase precoce di cpp/sc rappresenta il punto strategico del modello proposto nella Azienda USL Toscana sud est per uniformare le modalità di rilevazione inerenti le prestazioni in ambito di presa in carico precoce, nelle attività GOM di pazienti con bisogni di cure palliative. Elemento che genera valore per l'intera organizzazione.

Contromisure/Pianificazione

Costruzione di un PDTA sulle cure palliative precoci (cpp) e simultanee (sc) nella malattia oncologica evolutiva di interesse specifico (aziendale) e generale (regionale/nazionale) al fine di garantire su tutto il Territorio omogeneo modalità e stessi livelli di erogazione delle prestazioni / servizi propri della Rete Locale di Cure Palliative ai pazienti oncologici (e loro famiglie) durante le fasi di malattia e nei setting previsti dalla Rete. Nel rispetto dei principi della L.219/2017 in materia di C.I., PCC e DAT

L'aggiornamento degli indicatori LEA Cure Palliative nel NSG, gli indicatori C09 Cure Palliative e quelli sul fine vita del Bersaglio MeS possono l'attenzione sulle **base tematica delle malattie croniche evolutive** (in particolare le oncologiche). I nuovi indicatori della fase precoce delle cp rappresentano il focus del modello proposto nella Azienda USL Toscana sud est:

- risponde ai bisogni di asiste complessi (fisici, psicologici, relazionali, sociali, culturali e spirituali) emergenti della popolazione
- sistema di assistenza e cure personalizzato: percorso clinico ad un approccio valutativo globale della malattia
- riodulazione gli interventi e i trattamenti nella logica del miglioramento continuo della qualità della vita e del contenimento dei costi della malattia oncologica

Follow up /Risultati

OPPSIC La Fase della Valutazione multidimensionale nella malattia oncologica

Previsione Identificazione del Bersaglio e Pianificazione Operativa e Controllo della cura

Per la AUSL SE la popolazione stimata è circa di **20.894** deceduti/anno, quindi circa **8.725** pazienti/anno avranno bisogno di cure palliative (accusando l'incidenza dell'80%): **3.486** pazienti avranno bisogni di CP specialistiche, **5.229** di CP di base. Entro il 2028 dovranno essere assistiti nella RLCP circa **7.844** cittadini/anno

Obiettivi

Riduzione dei decessi in ospedale degli oncologici avanzati (19 deceduti a 798 ESSE) Fonte: Flusso SDI corrigato da decessi con Dimissioni Assistenti (diagnosi principale e secondarie comprese) fra cod. 140-208

Valutazione degli Outcome (Questionario POC) su 11

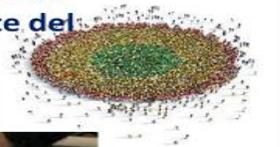
Ulteriori punti in corso delle cure palliative (SUDCONE) sviluppati per gli, genero, Zone di residenza sottile per diagnosi oncologica (cod. Diagnosi 140-208) e non oncologica.

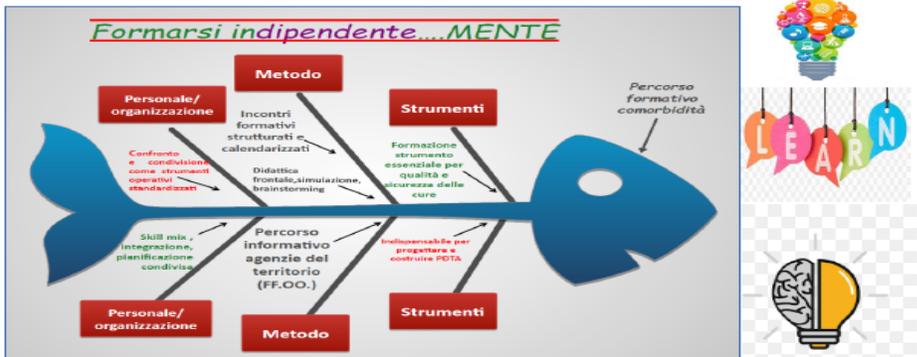
Fonte: ASTER/CLLOUD

Indicatori di processo clinico proposti da Ausl Sud Est

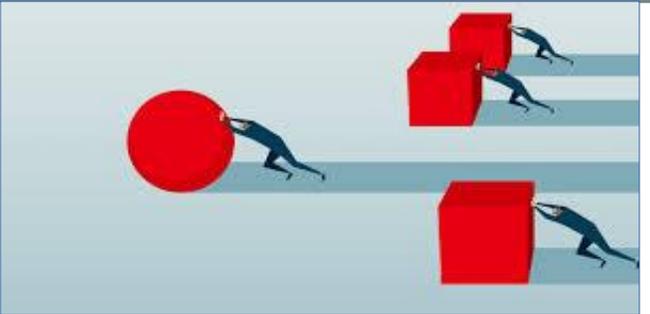
- 1) N delle PCC effettuate / N Prese in carico in Assistenza Domiciliare con diagnosi prevalente compresa fra cod. 140-208 (indicatore trasversale, di qualità)
Fonte Numeratore e Denominatore: ASTER/CLLOUD - RFC 115
- 2) N pazienti inviati al GOM e alla VMD-CP / N deceduti x TM ISTAT (indicatore per misurare l'invio precoce alle CP)
Fonte Numeratore: Flusso SPA pazienti che hanno effettuato nell'anno di riferimento una visita GOM Oncologica, prima visita o di controllo (cod. catalogo 2398 o 2399), e successivamente una visita Cure Palliative, prima visita o di controllo (cod. catalogo 2385 o 2386)
- 3) N pazienti valutati dalla VMD CP entro 72 ore dalla segnalazione / N pazienti in carico GOM (pazienti esterni e pazienti ricoverati)
Fonte Numeratore: Flusso SPA. Differenza fra data prestazione visita Cure Palliative, prima visita o di controllo (cod. catalogo 2385 o 2386) e data prestazione visita GOM Oncologica, prima visita o di controllo (cod. catalogo 2398 o 2399) minore o uguale a 3 giorni.
Fonte Denominatore: Flusso SPA pazienti che hanno effettuato nell'anno di riferimento una visita GOM Oncologica, prima visita o di controllo (cod. catalogo 2398 o 2399)
- 4) N pazienti con TM diagnosi prevalente compresa fra cod. 140-208 assistiti dalle ADI UCDPOM / N deceduti x TM ISTAT (luogo di cura)
Fonte Numeratore: ASTER/CLLOUD - RFC 115

Gli indicatori proposti nel progetto faranno parte del prossimo bersaglio



Progetto: <i>Formazione indipendente</i>	Team: DSM/SERD/MMG	Data: Dicembre 2024												
Descrizione del problema														
<ul style="list-style-type: none"> Necessità di formulare un percorso di formazione integrata tra i diversi setting coinvolti per la costituzione di un PDTA condiviso per la doppia diagnosi 														
Situazione attuale														
<ul style="list-style-type: none"> Formazione settoriale e mancanza di integrazione Modifica della situazione epidemiologica Nuove dipendenze Poca gestione in rete Acredini e conflitti di ruolo e di competenze 														
Analisi delle cause radice														
														
Obiettivo														
<ul style="list-style-type: none"> Predisporre un progetto formativo integrato che coinvolga DSM/SERD/MMG/ personale emergenza urgenza/forze dell'ordine 														
Contromisure proposte														
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>attività</th> <th>risultato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Formazione settoriale e mancanza di integrazione</td> <td>Competenze diffuse condivise ed avanzate -skill mix</td> </tr> <tr> <td>Modifica della situazione epidemiologica</td> <td>Presa in cura secondo le evidenze scientifiche più aggiornate e validate</td> </tr> <tr> <td>Nuove dipendenze</td> <td>Pratica professionale aderente a qualità e sicurezza</td> </tr> <tr> <td>Poca gestione in rete</td> <td>Creazione di una equipe multiprofessionale integrata con il territorio e le sue agenzie</td> </tr> <tr> <td>Acredini e conflitti di ruolo e di competenze</td> <td>Lavoro di squadra, rispetto e trasparenza</td> </tr> </tbody> </table>			attività	risultato	Formazione settoriale e mancanza di integrazione	Competenze diffuse condivise ed avanzate -skill mix	Modifica della situazione epidemiologica	Presa in cura secondo le evidenze scientifiche più aggiornate e validate	Nuove dipendenze	Pratica professionale aderente a qualità e sicurezza	Poca gestione in rete	Creazione di una equipe multiprofessionale integrata con il territorio e le sue agenzie	Acredini e conflitti di ruolo e di competenze	Lavoro di squadra, rispetto e trasparenza
attività	risultato													
Formazione settoriale e mancanza di integrazione	Competenze diffuse condivise ed avanzate -skill mix													
Modifica della situazione epidemiologica	Presa in cura secondo le evidenze scientifiche più aggiornate e validate													
Nuove dipendenze	Pratica professionale aderente a qualità e sicurezza													
Poca gestione in rete	Creazione di una equipe multiprofessionale integrata con il territorio e le sue agenzie													
Acredini e conflitti di ruolo e di competenze	Lavoro di squadra, rispetto e trasparenza													
Piano di implementazione														
														
Follow up e Risultati														
<p>Costituzione gruppo formazione multiprofessionale</p> <p>NUMERO PERSONALE FORMATO/PERSONALE DEI DUE SERVIZI KPI: ALMENO 85%</p>  														

Il core della progettazione è volto alla costruzione di uno strumento di governo del percorso delle doppie diagnosi che vede l' integrazione operativa della varie professionalità della Salute mentale e delle Dipendenze (UFSMA E SerD)



METAHEALTH: INNOVARE LA SANITÀ NEL METAVERSO

Background: Proposta / Problema

La Casa della Comunità di Abbadia San Salvatore (SI) è ubicata su un comune montano che insiste su una Zona particolarmente disagiata. In questo contesto il metaverso può rappresentare un mondo virtuale universale e immersivo, nel quale il cittadino e gli operatori della CdC possono essere virtualmente presenti senza esserlo fisicamente (evitando così lunghi spostamenti e garantendo equità di accesso).

Stato Attuale

Utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA) per automatizzare processi:

- Assistenti/avatar intelligenti in grado di dare risposte semplici a pazienti
- Supporto ai medici per la gestione dei percorsi dei suoi assistiti



La realtà virtuale e aumentata per connettere persone fisicamente distanti:

- Medico/professionista sanitario e paziente
- MMG e specialista

Analisi

Nel contesto attuale, per condurre il progetto, siamo davanti alla necessità di:

- Adeguare la tecnologia e le infrastrutture
- Comprendere le reali necessità della popolazione
- Superare le barriere socio-culturali dei cittadini
- Superare le resistenze al cambiamento dei professionisti socio-sanitari
- Coinvolgere attivamente la Medicina Generale
- Integrare dell'IA con i programmi aziendali e del MMG



Obiettivi

Ridurre l'impatto della burocrazia durante nell'ambulatorio del MMG

Ridurre gli spostamenti di medici e pazienti

Ridurre la diseguità d'accesso alle cure

Aumentare la diffusione delle informazioni e la consapevolezza dei pazienti

Rendere possibile offrire risposte anche in sedi difficilmente raggiungibili

Aumentare l'efficienza



Sandro Limaj, Maria Giovanna D'Amato, Federico Taddeini, Elena Capitani, Francesco Vencia, Valeria Catani, Luca Pianigiani, Eleonora Salutini, Antonio Albino, M. Mancuso, Roberto Turillazzi, Antonio D'Urso, Assunta De Luca **25/11/2024**



Contromisure

VRO per consulenza psicologica	VRO autogestione malattie croniche	VRO per visita MMG remota	VRO per attività fisica adattata	Avatar a supporto del MMG	Avatar a supporto del cittadino
--------------------------------	------------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------	---------------------------------

Pianificazione

VRO CdC

- Sviluppo della VRO « CdC Abbadia SS»

Avatar assistente virtuale del MMG

- Sviluppo dell'Avatar , bastato su algoritmi di apprendimento
- Addestramento – fase 1: Caricamento della documentazione
- Addestramento – fase 2: MMG

VRO punto visita remoto

- Sviluppo della VRO «Ambulatorio del MMG»

VRO Attività fisiche adattate

- Sviluppo della VRO «Attività Fisiche Adattate»

VRO per consulenza psicologica

- Sviluppo della VRO «Ambulatorio psicologico»

VRO per autogestione malattie croniche

- Implementazioni sessioni virtuali autogestione

Conclusa con successo, Non ancora iniziata, In corso con criticità, In corso senza criticità

Follow up /Risultati

E' stata redatta una procedura aziendale che prevede specifici indicatori di esito e di processo per ciascuna delle linee di attività implementate

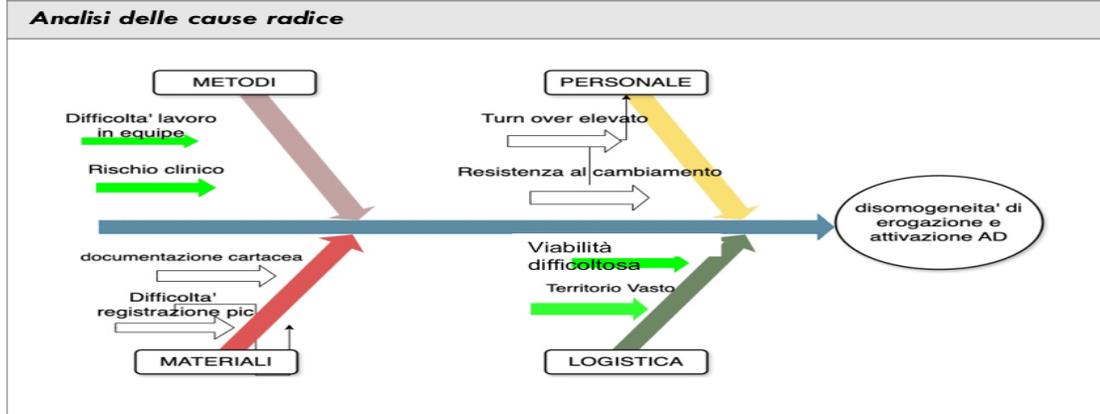
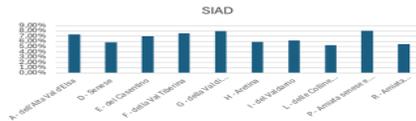
Progetto: A CASA E' MEGLIO | **Team:** Beltrano, Bonini, Rocchi, Tulino, Agostinelli, Campolmi | **Data:** 05/09/2024

Descrizione del problema

Disomogeneità di attivazione ed erogazione dell'Assistenza Domiciliare nei vari Distretti aziendali.

Situazione attuale

Attualmente, seppur presenti procedure Aziendali specifiche, nei singoli ambiti territoriali si continua ad agire con modalità differenti. Tali differenze sono documentabili dalle diverse percentuali di Prese In Carico che sussistono nei vari territori a sostanziale parità di indicatori epidemiologici. Pertanto le differenze sono imputabili alle diverse modalità di comportamento dei professionisti nelle diverse aree. Ciò è documentato dalle rilevazioni periodiche dell'attività effettuata dal SW che produce i flussi per il Ministero.



Obiettivo

L'obiettivo che si intende perseguire è quello di garantire, in tutte le zone, una PIC in AD equa e uniforme sia nell'erogazione che negli indicatori ministeriali.

PNRR SIAD05 (Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in AD - Anno 2024) >= 11%
(Target Ministeriale 11%)



Contromisure proposte

CAUSE	CONTROMISURE
Aumento del turnover	Stabilizzazione del personale
Resistenza al Cambiamento	Formazione specifica a livello di Zona
Territorio vasto e viabilità difficoltosa	Utilizzo di telemedicina
Difficoltà al lavoro in equipe	Riunioni periodiche con equipe multidisciplinare
Rischio clinico	Riunioni semestrali di Zona con la struttura del rischio clinico
Documentazione Cartacea	Realizzazione di un software regionale unico
Difficoltà alla registrazione delle Prese In Carico (PIC)	Manuale d'uso dal fornitore del software

Piano di implementazione

CONTROMISURE	RESPONSABILE	TEMPISTICA
Stabilizzazione del personale	Risorse Umane	Soggetta normativa
Formazione specifica a livello di Zona	Responsabile U.F. Cure Primarie	Entro fine 2025
Utilizzo di telemedicina	Programmazione Aziendale	Soggetta a normativa
Riunioni periodiche con equipe multidisciplinare	Responsabile U.F. Cure Primarie	Almeno una semestrale
Riunioni semestrali di Zona con la struttura del rischio clinico	Rischio clinico	Almeno una semestrale su ogni Zona Distretto
Realizzazione di un software regionale unico	Programmazione Regionale	Entro fine 2026 (PNRR)
Manuale d'uso dal fornitore del software	Fornitore del software GPI	Entro fine 2025

Follow up e Risultati

- Monitoraggio trimestrale dell'andamento dell'AD nelle singole zone.
- Controlli a campione sulla tenuta della documentazione (almeno uno annuale).
- Percentuale di prese in carico uniforme a livello zonale sul base della popolazione >65 anni
- Raggiungimento degli obiettivi ministeriali in tutte le zone
- Garanzia di equità e di appropriatezza nei percorsi di presa in carico domiciliare..



Progetto: #aCasaTuaDeliveRN

Team: Team di Progetto: Fabrizio Maselli, Stefania Biondini, Giuseppina Colone, Rosalinda Rossi, Rita Poggi, Roberto Taddei, Jacopo Meroni, Luciano Mangoni, Rosalinda Taddei, Francesco Cappel, Marco Masini, Francesco Cristofari, Daniela Cristofari, Nicola Rossi, Claudia Cristofari, Luciana Gloria.

Data: 22 Giugno 2023

Descrizione del problema

Valutazione dello stato di avanzamento del progetto sperimentale di Radiologia Territoriale e proposte per nuove opportunità di miglioramento nella fase di ampliamento.

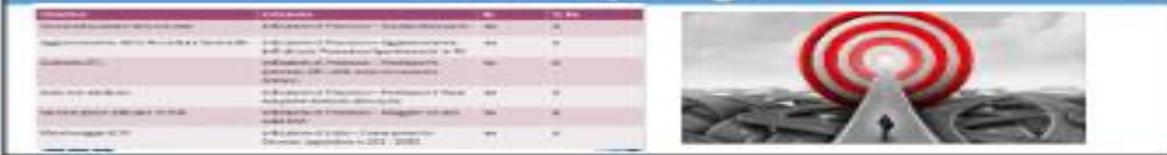
Situazione attuale



Analisi delle cause radice



Obiettivo/Target



Contromisure proposte

Causa Radice	Contromisure	Indicazioni
Personale non standardizzato per aspetti normativi e sostanziativi importanti	Attivazione del percorso in attesa di tutti gli aspetti normativi con specifiche in corso nella Procedura Aziendale	1. Paragrafo con specifiche in Procedura
PA non aggiornata per mancanza di un Documento Nazionale	Realizzazione di una Procedura Aziendale	1. Redazione Procedura unica di Processo
Mancata informazione o formazione del Servizio al MMG	Campagna informativa e formativa	1. Incontro AIT
Mancata informazione del Servizio nelle RSA	Campagna informativa	1-2. Incontro con le RSA
Consenso informato non ben definito in Procedura	Definizione dell'atto nelle Modalità della Procedura	1. Paragrafo con specifiche in Procedura
Atto non dedicato per servizio non in continuità	Standardizzazione del servizio	1. Definizione di 1-2. 2. Atto definito in procedura
Permesso 27L non riconosciuto nella base territoriale	Attivazione del permesso nella Area di competenza	1. Permesso 27L

Piano di implementazione



The figure shows a Gantt chart and a table with columns for 'Attività', 'Data', 'Responsabile', and 'Stato'.

Follow up e risultati





www.uslsudest.toscana.it
#salutetoscanasudest

Una nuova sfida DM 77 e PNRR in chiave Lean implementare progetti sul territorio : Progetti lean in partnership con Università



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Università e
della Ricerca

THE - Tuscany Health Ecosystem Spoke 10 - Population health

Spoke leader: SSSA

Affiliated partners: UNIFI, UNIPI, UNISI, UNISTRASI, Dedalus

Sub-project 2 - Coordination and integration of health services for continuity of care and public value creation

Incontro con Azienda USL Toscana Sud Est 20/03/2022

Indice delle proposte

1. Valutazione controfattuale dell'impatto dell'assistenza territoriale
2. Sviluppo di modelli organizzativi e operativi per ottimizzare la gestione di servizi di trasporto sanitario ordinario di pazienti
3. Ottimizzazione assegnamento risorse territoriali
4. Modellizzazione dei sistemi di governance e del sottostante sistema di performance measurement

Never
Alone
PER UN DOMANI POSSIBILE



Cambiamento people driven :“Kaizen”.
 (presupposto principale del
 miglioramento continuo)

Generare Benessere Organizzativo

Persone linfa del cambiamento :

Personalizzare i servizi erogati in logica
 PULL, generando valore.

Patient engagement:

un maggiore coinvolgimento degli
 assistiti può portare ad una gestione più
 efficace delle malattie croniche



CYBERTEC
 ZUCCHETTI

Alfabetizzazione Multi –stakeholder

Aiutare le persone nelle modalità di
 accesso Comprensione valutazione
 per imparare come muoversi in
 sistemi sanitari complessi





Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19



VBHC

la risposta ai frequent users
per lo **scompenso cardiaco**

*un progetto di miglioramento value-based
in Azienda USL Toscana sud est*

Relatore per il Gruppo di progetto Stefania Bracciali Lean Board Aziendale

