



Regione Toscana

PREMIO PROGETTI INNOVATIVI - BANDO OPEN

Anno 2017

Abstract Progetto

TITOLO: Implementazione di un cruscotto aziendale per il governo centralizzato del percorso chirurgico programmato

Area tematica: X Percorso chirurgico programmato: 'time management' del percorso chirurgico
Gestione integrata di percorsi di cura
Pronto Soccorso – Aree di degenza: ottimizzazione dei flussi

Referente: Giulia Salvadorini, U.O.C. Miglioramento dei processi e sistemi di auditing

Email: giulia.salvadorini@uslnordovest.toscana.it

Team: Fulvio Bessi Direttore Dip.Staff, Alessandro Benedetti UOC Pianificazione e Controllo Strutture Ospedaliere, Biagio Marsiglia, UOC Business Intelligence, Ferdinando Cellai Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza, Area Critica e Blocco Operatorio, Paolo Carnesecchi, Resp. Area Blocco Operatorio, Mario Manca Direttore Dipartimento Specialità Chirurgiche, Grazia Luchini Direttore Rete Ospedaliera, Chiara Pini, Direttore Dip. Professioni infermieristiche e ostetriche

Soggetti coinvolti: team aziendale

Descrizione:

Il percorso chirurgico e l'organizzazione dei Blocchi operatori sono stati negli anni oggetto di approfondite riflessioni ed azioni di miglioramento. A seguito dell'unificazione delle ex aziende di Massa, Lucca, Pisa, Livorno e Versilia nell'azienda Usl Toscana Nordovest, si è reso necessario intraprendere un percorso di omogeneizzazione e standardizzazione dei linguaggi, comportamenti, e procedure arrivando a deliberare un apposito Regolamento.

Per poter comunque garantire un governo centralizzato del percorso chirurgico programmato (13 stabilimenti ospedalieri, 77 sale operatorie, 60 specialità chirurgiche, circa 8500 pazienti in lista di attesa) allo scopo di ottimizzare la variabile tempo come risorsa a disposizione utilizzandola per migliorare l'efficienza organizzativa, la produttività e la qualità del processo chirurgico, è necessario possedere informazioni accurate, basate su metriche aziendali, visibili all'interno di un apposito cruscotto aziendale.

L'implementazione di un cruscotto è lo strumento essenziale per favorire ed accelerare i processi decisionali in carico ai Direttori di Dipartimento coinvolti, consentendo loro di possedere quel set di informazioni necessarie a definire, secondo logiche tipiche dell'Operations Management, la strategia di rimodulazione dell'offerta chirurgica in considerazione dei volumi di domanda, ottimizzando le varie piattaforme produttive (ambulatori, preospedalizzazione, blocco operatorio, degenze) allo scopo finale di ridurre i tempi di attesa.





La metodologia utilizzata per la costruzione e l'utilizzo di un sistema di misura e monitoraggio segue il Ciclo di Deming con le sue quattro fasi:

1. PLAN: in base all'obiettivo, definizione di un set di indicatori, della corretta modalità di calcolo per ognuno, della periodicità e della modalità della loro rilevazione, stabilendo chi dovrà avere accesso ai dati e le responsabilità per la loro analisi e gestione
2. DO: misurare le performance, raccogliere i dati, comunicare i dati raccolti
3. CHECK: analizzare e valutare i dati raccolti
4. ACT: prendere delle decisioni volte al miglioramento del sistema

Si ritiene essenziale che tale cruscotto debba svilupparsi su quattro ambiti, dettagliabili per alcune variabili:

1. Andamento delle liste: fotografia ogni 1° del mese sulla numerosità dei pazienti in attesa e del tempo di attesa in considerazione della deadline 30-60-90;
2. Bilanciamento del flusso dei pazienti: analisi mensile della domanda (inserimenti in lista di attesa), dell'offerta (operati in elezione), delle uscite dal sistema (rinunce-sospensioni) e calcolo relativo del bilanciamento; analisi dei tempi di erogazione del servizio rapportandosi alla deadline 30-60-90;
3. Utilizzo delle sale operatorie: analisi dei principali tempi (primo paziente in sala, prima incisione, cambio, prechirurgico, chirurgico, postchirurgico), tasso di utilizzo, in considerazione del block time;
4. Utilizzo delle degenze: analisi dei principali indicatori per valutare l'occupazione, il turnover e la rotazione.

Keywords: supporto alle decisioni, liste e tempi di attesa, PDCA

	A3 T		ALLEGATO C																																																												
	Progetto radice: Percorso chirurgico programmato																																																														
	Tema: Implementazione di un cruscotto aziendale per il governo centralizzato del percorso chirurgico programmato																																																														
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA		PROPOSTE (TATTICA)																																																													
<p>Con l'integrazione delle 5 ex Asl dell'ASLTNO, risulta impossibile accedere a <i>livello centrale</i>, in <i>tempo reale</i>, ad un set di indicatori chiave per la gestione delle piattaforme produttive inerenti il flusso del paziente chirurgico (percorso chirurgico programmato).</p> <p>Resulta quindi difficile agire sulle <i>leve per la rimodulazione dell'offerta chirurgica</i> in tutto il territorio dell'AUSL NO, atta a garantire un <i>miglior utilizzo delle risorse</i> attraverso l'<i>ottimizzazione della risorsa tempo</i> ed anche una miglior appropriatezza sulle tipologie di intervento erogabili.</p> <p><u>ALCUNI NUMERI DELL'ASLTNO:</u></p> <p>13 Stabilimenti Ospedalieri 77 Sale Operatorie fisiche (il 57% attive la mattina e il 17% attive il pomeriggio) Monte orario settimanale (ordinario e day surgery): 1685h-1835 h 69 S.C./S.S. chirurgiche circa 11600 pazienti in lista di attesa</p>		<p>Implementazione di un cruscotto centralizzato (dashboard) per facilitare l'accesso al set di indicatori chiave delle piattaforme produttive del percorso chirurgico</p> 																																																													
DEFINIZIONE DELL'OGGETTIVO		PIANO DI IMPLEMENTAZIONE																																																													
<p>L'obiettivo del presente progetto è quello di creare un cruscotto aziendale fruibile dagli attori coinvolti nel processo e in particolar modo dal livello di programmazione strategica affinché ci sia una percezione quotidiana della situazione in modo da proporre in modo tempestivo le azioni necessarie al bilanciamento dell'offerta per l'intero percorso chirurgico.</p> 		<table border="1"> <thead> <tr> <th>AZIONE</th> <th>CHI</th> <th>PERIODO</th> <th>STATO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Incontro di definizione del Problema</td> <td>TEAM iniziale</td> <td>GIU 2017</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2. Valutazione presenza set informazioni su datawarehouse locali</td> <td>Resp. + Team operativo</td> <td>LUG/AGO 2017</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>3. Reperimento set informazioni necessarie per tutte le ex asl</td> <td>Resp. + Team operativo</td> <td>SETT 2017</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>4. Verifica ambiti cruscotto e validazione KPI</td> <td>Resp. + Team strategico+Team operativo</td> <td>SETT 2017</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>5. Creazione DATA MART unico ASLTNO</td> <td>ESTAR</td> <td>NOV 2017-FEB 2018</td> <td>WIP</td> </tr> <tr> <td>6. Analisi degli attuali report presenti sull'ex asl 1 e individuazione delle modifiche da apportare</td> <td>Responsabile</td> <td>NOV 2017</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>7. Verifica qualità dei dati e implementazione azioni correttive per il miglioramento della tracciabilità</td> <td>Resp.+ Team op.+ personale ad hoc per ex asl</td> <td>NOV 2017-MARZO 2018</td> <td>WIP</td> </tr> <tr> <td>8. Test su prima reportistica strutturata</td> <td>Responsabile</td> <td>GEN 2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Estensione reportistica su tutta ASLTNO</td> <td>Resp.+ Team operativo</td> <td>MARZO 2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. Definizione livelli di visualizzazione</td> <td>Resp.+ Team strategico</td> <td>FEB-MAR 2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. Definizione specifiche tecniche per lo sviluppo del cruscotto</td> <td>Resp.+ Team operativo</td> <td>FEB-APR 2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. Realizzazione cruscotto</td> <td>Team operativo</td> <td>APR-LUG 2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. Test di verifica funzionamento cruscotto</td> <td>Responsabile+ Team operativo</td> <td>AGO-SETT 2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. Formazione e diffusione</td> <td>Resp.+ Team strat.+ Team op.</td> <td>SETT-OTT 2018</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AZIONE	CHI	PERIODO	STATO	1. Incontro di definizione del Problema	TEAM iniziale	GIU 2017	X	2. Valutazione presenza set informazioni su datawarehouse locali	Resp. + Team operativo	LUG/AGO 2017	X	3. Reperimento set informazioni necessarie per tutte le ex asl	Resp. + Team operativo	SETT 2017	X	4. Verifica ambiti cruscotto e validazione KPI	Resp. + Team strategico+Team operativo	SETT 2017	X	5. Creazione DATA MART unico ASLTNO	ESTAR	NOV 2017-FEB 2018	WIP	6. Analisi degli attuali report presenti sull'ex asl 1 e individuazione delle modifiche da apportare	Responsabile	NOV 2017	X	7. Verifica qualità dei dati e implementazione azioni correttive per il miglioramento della tracciabilità	Resp.+ Team op.+ personale ad hoc per ex asl	NOV 2017-MARZO 2018	WIP	8. Test su prima reportistica strutturata	Responsabile	GEN 2018		9. Estensione reportistica su tutta ASLTNO	Resp.+ Team operativo	MARZO 2018		10. Definizione livelli di visualizzazione	Resp.+ Team strategico	FEB-MAR 2018		11. Definizione specifiche tecniche per lo sviluppo del cruscotto	Resp.+ Team operativo	FEB-APR 2018		12. Realizzazione cruscotto	Team operativo	APR-LUG 2018		13. Test di verifica funzionamento cruscotto	Responsabile+ Team operativo	AGO-SETT 2018		14. Formazione e diffusione	Resp.+ Team strat.+ Team op.	SETT-OTT 2018	
AZIONE	CHI	PERIODO	STATO																																																												
1. Incontro di definizione del Problema	TEAM iniziale	GIU 2017	X																																																												
2. Valutazione presenza set informazioni su datawarehouse locali	Resp. + Team operativo	LUG/AGO 2017	X																																																												
3. Reperimento set informazioni necessarie per tutte le ex asl	Resp. + Team operativo	SETT 2017	X																																																												
4. Verifica ambiti cruscotto e validazione KPI	Resp. + Team strategico+Team operativo	SETT 2017	X																																																												
5. Creazione DATA MART unico ASLTNO	ESTAR	NOV 2017-FEB 2018	WIP																																																												
6. Analisi degli attuali report presenti sull'ex asl 1 e individuazione delle modifiche da apportare	Responsabile	NOV 2017	X																																																												
7. Verifica qualità dei dati e implementazione azioni correttive per il miglioramento della tracciabilità	Resp.+ Team op.+ personale ad hoc per ex asl	NOV 2017-MARZO 2018	WIP																																																												
8. Test su prima reportistica strutturata	Responsabile	GEN 2018																																																													
9. Estensione reportistica su tutta ASLTNO	Resp.+ Team operativo	MARZO 2018																																																													
10. Definizione livelli di visualizzazione	Resp.+ Team strategico	FEB-MAR 2018																																																													
11. Definizione specifiche tecniche per lo sviluppo del cruscotto	Resp.+ Team operativo	FEB-APR 2018																																																													
12. Realizzazione cruscotto	Team operativo	APR-LUG 2018																																																													
13. Test di verifica funzionamento cruscotto	Responsabile+ Team operativo	AGO-SETT 2018																																																													
14. Formazione e diffusione	Resp.+ Team strat.+ Team op.	SETT-OTT 2018																																																													
ANALISI		<p>QUESTIONI APERTE: lo strumento Business Object è difficilmente utilizzabile per il raggiungimento dell'obiettivo (numero licenze). Ipotizzabile sviluppo cruscotto tramite risorsa del Team Operativo</p> <p>ASPETTI IN EVIDENZA: l'azione n° 5 è vincolante. Entro 15 dicembre pronto il DATA MART per ex asl1, ex asl2, ex asl 12</p> <p>LEGENDA: X Azione effettuata nel rispetto della pianificazione iniziale X Azione effettuata con ritardo rispetto alla pianificazione iniziale X Azione effettuata secondo la pianificazione aggiornata WIP Azione in corso di svolgimento</p>																																																													
<p>Impossibilità a livello centralizzato di avere una visione strutturata e omogenea sui parametri vitali delle piattaforme produttive sul percorso chirurgico</p> <p>Il Data Mart non è esteso su tutta l'azienda in termini di variabili, oggetti, attributi necessari</p> <p>Le informazioni necessarie risiedono sulle singole installazioni dell'applicativo (accessibili sono andando in loco)</p> <p>Non esiste uno strumento di rappresentazione degli indicatori chiave, nemmeno a livello locale, che possa essere replicato sulle altre ex asl</p> 		MONITORAGGIO (VERIFICA E FOLLOWUP)																																																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>AMBITI DI MONITORAGGIO</th> <th>INDICATORI</th> <th>RISULTATO ATTESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stato di avanzamento progetto</td> <td>(N° di azioni effettuate secondo i tempi previsti/N° totale di azioni pianificate)*100</td> <td>>=80%</td> </tr> <tr> <td>Qualità dei dati (azione n°7)</td> <td>(N° interventi non chiusi/ Tot interventi effettuati)*100 N°interventi non collegati a I.A e LO/Tot interventi collegati</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Avvio utilizzo cruscotto</td> <td>N° utenti ASLNO che accedono al cruscotto/Tot utenti abilitati N° decisione di rimodulazione offerta chirurgica</td> <td>90% almeno 1</td> </tr> </tbody> </table>		AMBITI DI MONITORAGGIO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	Stato di avanzamento progetto	(N° di azioni effettuate secondo i tempi previsti/N° totale di azioni pianificate)*100	>=80%	Qualità dei dati (azione n°7)	(N° interventi non chiusi/ Tot interventi effettuati)*100 N°interventi non collegati a I.A e LO/Tot interventi collegati	100%	Avvio utilizzo cruscotto	N° utenti ASLNO che accedono al cruscotto/Tot utenti abilitati N° decisione di rimodulazione offerta chirurgica	90% almeno 1																																																
AMBITI DI MONITORAGGIO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO																																																													
Stato di avanzamento progetto	(N° di azioni effettuate secondo i tempi previsti/N° totale di azioni pianificate)*100	>=80%																																																													
Qualità dei dati (azione n°7)	(N° interventi non chiusi/ Tot interventi effettuati)*100 N°interventi non collegati a I.A e LO/Tot interventi collegati	100%																																																													
Avvio utilizzo cruscotto	N° utenti ASLNO che accedono al cruscotto/Tot utenti abilitati N° decisione di rimodulazione offerta chirurgica	90% almeno 1																																																													
DATA: 07/12/2017 Rev.1	Responsabile: Giulia Salvadorini	<p>Team strategico: F. Bessi, F. Cellai, G. Luchini, A. Costa, C. Pini, P. Carnesecchi Team operativo: A. Benedetti, B. Marsiglia, A. Pieruccini Soggetti coinvolti: ESTAR</p>																																																													