

Allegato 5.

RECUPERO PRESTAZIONI CHIRURGICHE A SEGUITO DELLA PANDEMIA DA VIRUS SARS-COV-2

Sommario

PREMESSA	2
RAZIONALE	3
GOVERNO DELLA LISTA DI ATTESA	4
CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INSERITI IN LISTA DI ATTESA	4
IDENTIFICAZIONE DEL RESPONSABILE UNICO AZIENDALE (RUA)	5
COMPLETAMENTO DELL'INFORMATIZZAZIONE DEI SISTEMI DI RILEVAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA A LIVELLO AZIENDALE	5
PREDISPOSIZIONE DI UN REGOLAMENTO REGIONALE E SCORRIMENTO LISTA DI ATTESA	6
STRUMENTI DI MONITORAGGIO DELLA DOMANDA	7
MISURAZIONE DELLA DOMANDA DI LISTA DI ATTESA.....	7
GOVERNO DELLA CAPACITÀ PRODUTTIVA	8
ORGANIZZAZIONE AZIENDALE: LA DIREZIONE AZIENDALE (IN PARTICOLARE NELLA FIGURA DEL DIRETTORE SANITARIO) DEVE GUIDARE TUTTE LE FASI DEL PROCESSO.....	8
CENTRALIZZAZIONE DEL GOVERNO DI LISTA DI ATTESA	9
INTRODUZIONE DI NUOVE COMPETENZE, LA GESTIONE OPERATIVA.....	9
REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA.....	10
MAPPATURA DEL PROCESSO CHIRURGICO IN BLOCCO OPERATORIO.....	10
STRUMENTI DI MONITORAGGIO DELL'OFFERTA	12
MISURAZIONE DELLA CAPACITÀ PRODUTTIVA.....	12
RISULTATI ATTESI	14
EQUILIBRIO TRA DOMANDA DI LISTA DI ATTESA E CAPACITÀ PRODUTTIVA	14
FONTI	14

PREMESSA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è da sempre impegnato a ricercare e promuovere l'implementazione di strategie, modelli organizzativi, strumenti metodologici e buone pratiche che, nell'assistenza ai pazienti e alla popolazione, sappiano coniugare criteri di qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza, sicurezza e sostenibilità organizzativa ed economica per garantire ai cittadini equità di accesso alle cure.

La continua crescita nella domanda di prestazioni chirurgiche, legata a ragioni demografiche (il cosiddetto "*Silver Tsunami*") e all'incremento di innovazioni tecnologiche disponibili in chirurgia (ad esempio la chirurgia robotica), ha creato negli ultimi anni un allungamento delle Liste di Attesa chirurgiche del SSN. Questo aumento della domanda non è stato però accompagnato da un adeguato incremento delle disponibilità di risorse economiche e umane.

Tale situazione si è ulteriormente aggravata nel 2020 in seguito alla prima ondata della pandemia da virus SARS-CoV-2, che ha costretto il SSN a dirottare la maggior parte delle risorse per garantire l'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, concentrando le risorse per l'area chirurgica in particolare sull'area Emergenza-Urgenza e sulla casistica non differibile, come quella oncologica, riducendo quindi notevolmente quelle a disposizione per rispondere alla domanda di interventi chirurgici in regime di elezione.

Durante le successive ondate pandemiche, il SSN ha garantito l'attività sanitaria adeguando i livelli assistenziali ai diversi e nuovi standard necessari a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e contestualmente a garantire la sicurezza di pazienti ed operatori sanitari, riorganizzando il suo assetto nello spazio, nel tempo e nelle risorse. Tuttavia, nonostante l'impegno profuso, il persistere dell'emergenza da virus SARS-CoV-2 impone come necessaria la modifica delle modalità organizzative e di offerta di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle prestazioni chirurgiche programmate, in modo da fronteggiare il pesante allungamento dei tempi di attesa anche mediante l'utilizzo di nuovi strumenti.

Quindi si rende necessario sviluppare progetti dedicati a riequilibrare l'organizzazione con decisione e tempestività, attraverso la definizione dei nuovi modelli organizzativi costruiti in funzione della domanda della popolazione, nonché della capacità produttiva del sistema, al fine di confermare i principi ispiratori del SSN e recuperare i ritardi accumulati sui tempi di attesa per prestazioni chirurgiche.

RAZIONALE

La sostenibilità del SSN è funzione del bilanciamento tra la Domanda di Salute dei Cittadini (intesa come Lista di Attesa in coerenza con il PNGLA) e la Capacità Produttiva del sistema (intesa come numero di prestazioni erogabili in funzione delle risorse disponibili); pertanto **diviene imprescindibile sviluppare sistemi di monitoraggio oggettivo** di tali fenomeni, **modelli organizzativi** volti ad un incremento di efficienza del percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato e **strumenti di simulazione preventivi** per identificare le strategie ottimali da implementare.

Si propone quindi, a seguito del progetto promosso dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute *“Riorganizzazione dell’attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure”* e dell’emanazione del documento *“Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”*, di cui all’Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020, di sviluppare modelli di misurazione dei fenomeni sopra descritti per agire sul governo delle Liste di Attesa Chirurgiche attraverso modelli di efficientamento del percorso peri-operatorio, dunque sul governo della Capacità Produttiva.

Già con l’emanazione del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, si è offerto alle Regioni uno strumento utile per concorrere a garantire migliori obiettivi di cura, mediante una riorganizzazione delle reti ospedaliere anche in un’ottica di continuità ospedali-territorio, attuata secondo criteri quali la valutazione di volumi ed esiti e della strategicità delle prestazioni, delle performances e degli esiti clinici nelle diverse strutture sanitarie.

Se volumi ed esiti, riferiti a percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attività cliniche sono in molti casi misurabili attraverso l’analisi delle informazioni presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e per questa attività è attivo da alcuni anni il Programma Nazionale Esiti (PNE), più difficile risulta la misurazione strutturata e continuativa dell’utilizzo delle risorse (strutturali, tecnologiche, umane) necessarie all’organizzazione dell’attività dedicata al ricovero e trattamento di pazienti in Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche.

Pertanto, poiché l’attività chirurgica è sicuramente una delle attività più complesse in ambito sanitario, rappresentando nel contempo l’elemento caratterizzante e di alto valore di tutte le strutture sanitarie ed anche il centro di costo più rilevante per le risorse richieste per il suo funzionamento, nonché l’attività più impegnativa anche in termini di costi per un’Azienda Sanitaria, risulta indispensabile l’implementazione di un modello di governo globale del percorso peri-operatorio.

Tale approccio si basa sullo sviluppo di 2 macro aree che devono prevedere modelli di Governo dei processi all’interno delle Aziende Sanitarie e a livello regionale:

- **Governo di Lista di Attesa**
Richiede la costruzione di un processo univoco di inserimento dei pazienti in Lista di Attesa, attraverso l’istituzione di uno specifico sistema di classificazione dei casi (nomenclatore unico) e la definizione di un set di informazioni minime obbligatorie, coerenti con quanto prevista dal PNGLA e dunque utili al fine di monitorare in tempo reale lo stato delle Liste di Attesa.
- **Governo della Capacità Produttiva**
Richiede una raccolta strutturata di dati di tutte le sale operatorie fisiche presenti sul territorio e dei dati di attività che caratterizzano il percorso peri-operatorio del paziente, dal momento del suo inserimento in Lista di Attesa, passando per il ricovero e la sala operatoria, fino al momento della sua dimissione dalla struttura sanitaria.

Governo della Lista di Attesa

Ciascuna Regione e Azienda Sanitaria può realizzare interventi per il governo, il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati per intervento chirurgico in linea con quanto previsto dal PNGLA al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini e contestualmente favorire un utilizzo efficiente delle risorse impiegate dal SSN nel percorso chirurgico peri-operatorio per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Classificazione degli interventi inseriti in Lista di Attesa

La **conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato** è componente fondamentale per il governo del processo; pertanto, è importante definire in modo chiaro e condiviso le modalità di inserimento del paziente in Lista di Attesa, in coerenza con i principi guida del PNGLA (anche in ottemperanza a quanto previsto dall'art.41 del DLgs 33/2013, come successivamente modificato ed integrato), in modo da inserire solamente i pazienti effettivamente pronti per la chirurgia, con criteri e modalità classificatorie univoche.

Nel documento *“Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”*, di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020, viene richiamata la necessità di introdurre, come utile strumento per il monitoraggio informatizzato delle Liste di Attesa per le prestazioni chirurgiche, un *“Nomenclatore Unico”*, basato su un tracciato record che consente la classificazione degli interventi o delle procedure chirurgiche inseriti in Lista di Attesa utilizzando le codifiche ICD9-CM (qualora necessario anche della diagnosi) ed il loro successivo raggruppamento in macro-categorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica.

Il suo utilizzo garantisce la possibilità di estrazione dei dati per il monitoraggio e l'aggiornamento continuo dello stato delle Liste di Attesa a livello locale, consentendo altresì, qualora fosse adottato in tutte le Regioni/PA, un efficace e attendibile confronto a livello nazionale.

Allo scopo di fornire un utile strumento per la gestione dei piani di recupero delle liste d'attesa in attuazione di quanto previsto dall'art.1, commi 276-279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022), il nomenclatore è stato adattato alle specifiche necessità del monitoraggio, correlandolo ai DRG ed alle relative classi di complessità previste nel documento *“Linee d'indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2”* (Classe 1, Classe 2 e Classe 3). Il documento metodologico ed il file excel contenente la matrice di correlazione tra il *“Nomenclatore unico”* ed i DRG afferenti alle citate classi di complessità sono uniti rispettivamente in Appendice 1 e Appendice 2. Si precisa che il linkage tra categorie del nomenclatore e classi di complessità è basato sull'attribuzione teorica del caso ad un DRG in base ai codici ICD-9-CM assegnati alla diagnosi e all'intervento al momento dell'inserimento in Lista di Attesa: pur essendo quindi utile per la categorizzazione della Lista di Attesa, potrebbe non essere confermato in fase di dimissione. Si raccomanda dunque di porre particolare attenzione alla **gestione prioritaria della casistica oncologica**, a prescindere dalla categoria/DRG di attribuzione teorica.

Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA)

Il Responsabile Unico Aziendale (RUA) garantisce il presidio dell'organizzazione dell'intero percorso chirurgico, affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, fermo restando che la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, rimane in capo al Direttore Sanitario. Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, il RUA dovrà predisporre controlli *ad hoc* sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul corretto rapporto, specifico per intervento, fra interventi urgenti e programmati.

Il RUA, identificato dal Direttore Sanitario, avrà la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. A tal fine dovrà vigilare sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato al fine di garantire: una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione; la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali e correnti con il PNGLA; la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private accreditate, al superamento delle criticità in materia di liste di attesa. Le funzioni andranno specificate, restando comunque ferma la possibilità che le direzioni generali agiscano direttamente su dinamiche particolarmente critiche.

Prospettivamente il RUA dovrà definire interventi, anche formativi, che garantiscano che le fasi di accoglienza dei pazienti, di informazione e di gestione della permanenza in lista siano gestite con idonee competenze da parte degli operatori coinvolti.

Completamento dell'informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale

Al fine di realizzare un sistema integrato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, le Aziende in forma singola o aggregata, dovranno garantire l'adozione di strumenti di classificazione degli interventi in lista d'attesa (es. "nomenclatore unico" cfr. pag 4) e l'introduzione di metodi tecnico-organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativi) tali da consentire:

- uniformità a livello regionale e nazionale, nel rispetto delle politiche aziendali, delle modalità di gestione delle Liste di Attesa;
- diffusione completa, a livello aziendale, dell'adozione degli strumenti informatici per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;
- monitoraggio aziendale prospettico, con sistemi di avviso (cruscotto, mail etc.), in grado di consentire interventi mirati laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa;
- integrazione con i sistemi aziendali che gestiscono la programmazione delle sale operatorie;
- possibilità di programmare l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità;
- attivazione dei percorsi tecnici ed organizzativi per la pulizia delle liste al fine di soddisfare i criteri di corretta gestione delle agende promuovendo l'utilizzo di verifiche delle liste medesime;
- garanzia di una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista

I principi di trasparenza ed informatizzazione devono essere garantiti anche dalle strutture private accreditate secondo le previsioni del relativo Accordo regionale. Le procedure informatiche dovranno inoltre assicurare in tempo reale l'alimentazione completa ed omogenea dell'archivio Regionale per la Gestione delle Liste di Attesa, affinché sia verificato il rispetto degli obiettivi di programmazione, nonché venga effettuato il monitoraggio prospettico dei tempi di attesa.

Predisposizione di un Regolamento Regionale e Scorrimento Lista di Attesa

È utile che ciascuna Regione e Azienda Sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell'inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere inoltre declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

In particolare, al fine di rendere il processo di chiamata da Lista di Attesa più efficiente ed equo, è opportuno integrare uno score di priorità che oltre alla Classe di Priorità, assegnata dal medico al paziente, tenga in considerazione la data di inserimento in Lista di Attesa.

L'ordinamento dei pazienti in lista in base a questo score, in grado di coniugare sia l'aspetto di urgenza (definito dalla classe di priorità) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo già trascorso in lista d'attesa), garantisce una maggiore equità, in quanto i pazienti vengono ordinati non solo in base all'urgenza, ma anche al tempo di attesa maturato, e maggiore efficienza, in quanto i pazienti in lista da molto tempo non vengono "tralasciati", bensì inseriti all'interno del processo di scorrimento della lista.

Si propone di seguito di utilizzare la formula seguente

$$Score_i = TdA_i \frac{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente}}{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità}_i}$$

In questo modo, i pazienti che attendono dallo stesso numero di giorni avanzano nella lista di attesa a velocità differenti in accordo con la propria classe di priorità; tale velocità di avanzamento, inoltre, è proporzionale alla gravità complessiva della specifica lista di attesa. È rapportata alla classe di priorità "minima" effettivamente presente in lista in modo da garantire un avanzamento proporzionato anche per i pazienti con priorità inferiore che diversamente rischierebbero di "scivolare" negli ultimi posti della lista.

Strumenti di Monitoraggio della domanda

Nell'ottica di implementare modelli di Governo dei processi a livello regionale e all'interno delle Aziende Sanitarie, è fondamentale prevedere un monitoraggio da un lato della consistenza di lista di attesa e dei relativi tassi di ingresso e dall'altro della capacità produttiva in correlazione all'utilizzo efficiente delle risorse attualmente disponibili in termini di ore di sala operatorie con equipe presente, posti letto e sale operatorie fisiche utilizzabili al fine di identificare aree di incremento della capacità produttiva.

Misurazione della domanda di Lista di Attesa

Sulla base di un sistema di classificazione condiviso, di sistemi informativi a supporto e di regole condivise è possibile definire in tempo reale un monitoraggio continuo dello stato delle Liste di Attesa, attraverso gli indicatori sotto riportati che possono essere aggregati per Azienda, Regione e a livello Nazionale stratificandoli per Classi di Priorità e ICD-9-CM o raggruppamenti per disciplina.

Tabella 2. Indicatori della fase pre-operatoria

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M1	CONSISTENZA LISTA DI ATTESA	$LdA = \sum pz \text{ in } LdA$	Numerosità dei pazienti in lista di attesa, stratificati per: - Classe di priorità, - Regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), - Unità Operativa.	Permette di conoscere il numero di cittadini in attesa di essere trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale e fare valutazioni nell'ottica della programmazione chirurgica.
M2	TEMPO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITÀ	$TdA = T_3 - T_1$	Tempi di attesa stratificato per: - classe di priorità, - Regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), - Unità Operativa Si ottiene dalla differenza tra la data del ricovero e la data di inserimento in Lista di Attesa. Espresso in giorni.	Permette di conoscere il tempo prima che il paziente venga ricoverato per il trattamento chirurgico È il Tempo di Attesa del singolo paziente.
M3	NUMERO DI PAZIENTI OLTRE SOGLIA	$OS = \sum pz TdA > CP$	Numero di pazienti ricoverati con Tempo di Attesa maggiore del tempo di attesa previsto dalla Classe di Priorità; stratificati per: - regime di ricovero (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale) - Unità Operativa	Permette di conoscere il numero di cittadini trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale dopo aver superato il tempo di attesa previsto dalla Classe di Priorità assegnata.
M3.2	TASSO DI INGRESSO IN LDA	$Ting = \sum pz (DDLdA)n$	Numerosità dei nuovi pazienti in lista di attesa per mese o altro periodo di riferimento, stratificati per: - Classe di priorità, - Regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), - Unità Operativa.	Permette di conoscere il numero di nuovi pazienti inseriti in Lista di Attesa, definita anche Capacità di Arruolamento.

Governo della Capacità Produttiva

La complessità organizzativa del processo peri-operatorio, che mette in relazione molteplici operatori e servizi della struttura sanitaria ed il suo impatto in termini economici, rende necessaria la chiara individuazione di una organizzazione e presa in carico del processo a livello della Direzione Aziendale, la definizione oggettiva dei flussi decisionali attraverso l'istituzione di Organi di Governo dedicati e l'individuazione delle figure professionali di riferimento al fine di garantire un governo centralizzato del processo che prenda in esame la Domanda di Lista di Attesa e la Capacità Produttiva.

Il termine Capacità Produttiva descrive la capacità di un'azienda di trattare pazienti in Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche utilizzando le risorse a disposizione intese come ore di sala operatorie con equipe presente, posti letto di Terapia Intensiva Post-Operatoria e di degenza ordinaria e sale operatorie fisiche utilizzabili.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica la programmazione regionale è finalizzata a definire le strategie necessarie a garantire le prestazioni nel rispetto di precisi standard di volume (rapporto volumi/esiti), di tempo (PNGLA) ed appropriatezza. L'attività chirurgica è inoltre una componente rilevante delle strategie regionali in tema di reti cliniche, si veda ad esempio il caso delle reti oncologiche.

Questo si traduce, in relazione alle diverse patologie, nella necessità di definire percorsi di concentrazione o diffusione della capacità produttiva, individuando piattaforme produttive che possano costituire setting appropriati (es. percorsi outpatient o chirurgia degenza breve) ed allo stesso tempo "sostenibili".

In questo contesto devono essere rese disponibili le informazioni (dati) necessarie alla definizione degli obiettivi relativi all'attività chirurgica ed al corretto utilizzo delle risorse - blocchi operatori ed altre piattaforme - da assegnare ai produttori.

È inoltre necessario supportare i processi di riorganizzazione con i necessari indirizzi in termini di governo delle competenze, in materia di requisiti tecnologici e strutturali e non da ultimo con la definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e strutturati.

Organizzazione Aziendale: la Direzione Aziendale deve guidare tutte le fasi del processo

La **Direzione Aziendale, responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali** e del rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in merito all'erogazione di prestazioni chirurgiche, valorizzando l'approccio per processi come sistema di razionalizzazione e governo, deve identificare una struttura chiara di responsabilità all'interno dell'Azienda che a partire dal RUA collabori per l'incremento della Capacità Produttiva.

All'interno di ogni azienda sanitaria è necessario siano identificati i seguenti livelli di governo del processo.

- **Gruppo Strategico**

Costituito a livello aziendale, recepisce le indicazioni Regionali e gli obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale, formula la **strategia chirurgica aziendale** adeguandola all'organizzazione, ai suoi tempi di realizzazione e alle risorse disponibili.

Il gruppo deve interagire in maniera continuativa ed in tempi rapidi con la Direzione Aziendale in qualità di committente e con il Gruppo di Programmazione quale parte operativa per avere conoscenza dello stato dell'arte della parte attuativa delle strategie definite.

Il gruppo deve essere multidisciplinare e composto almeno dal Direttore Sanitario, i Direttori dei Dipartimenti afferenti al percorso chirurgico, la Direzione delle Professioni Sanitarie, il Responsabile Unico Aziendale per il governo delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati e la Gestione Operativa.

- **Gruppo di Programmazione**

Attivato dalla Direzione Aziendale, ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dal Gruppo Strategico, con responsabilità sul Presidio ospedaliero. In una medesima azienda possono quindi essere presenti più di un Gruppo di Programmazione per uno o più stabilimenti ospedalieri.

Il Gruppo di Programmazione deve essere multiprofessionale e costituito da figure esperte con competenze specifiche di tipo organizzativo e clinico del percorso chirurgico, capaci di sviluppare e proporre al Gruppo Strategico progetti di medio periodo dedicati al miglioramento dell'organizzazione dei processi di lavoro in sala operatoria.

- **Gruppo Operativo**

Attivato dalla Direzione Strategica, il Gruppo Operativo rappresenta il Coordinamento del Blocco Operatorio, deve essere costituito da un Team Multidisciplinare che preveda al suo interno figure mediche, infermieristiche con competenze relazionali e gestionali avanzate.

Ha la responsabilità quotidiana della gestione degli spazi operatori in termini logistici e di risorse umane sia per l'attività di elezione sia per l'attività di urgenza che per la libera professione.

Centralizzazione del Governo di Lista di Attesa

Governo delle Liste di Attesa e Governo del percorso peri-operatorio devono essere centralizzati e coerenti, con l'intento di programmare l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità.

Assumono particolare rilievo in questo ambito gli aspetti di gestione e programmazione complessiva che devono garantire una visione corretta ed equa dei fenomeni. Tali processi vanno inoltre collocati in un'ottica di utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche di ambito provinciale

Inoltre, la centralizzazione garantisce di poter identificare modalità uniformi dei comportamenti interni dei professionisti e dunque di conseguenza anche dei comportamenti verso i cittadini, garantendo omogeneità nelle procedure di inserimento in Lista di Attesa e della successiva gestione dei pazienti assicurando ad essi omogeneità di accesso alle informazioni secondo i criteri di trasparenza del PNGLA.

Introduzione di nuove competenze, la Gestione Operativa

A fianco della Direzione Sanitaria, al fine di supportare la Direzione Aziendale nell'implementazione delle presenti Linee di Indirizzo, è auspicabile l'introduzione di una struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo dei processi, tale struttura definita **Gestione Operativa** si occupa di operations management.

L'operations management riguarda la progettazione ed il controllo dei processi produttivi per la produzione di beni e servizi, è definito come l'insieme dei ruoli, degli strumenti e delle procedure che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'Azienda, mediante la gestione e la reingegnerizzazione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto.

L'*operations management* applicato alla sanità fa riferimento alla materia che si occupa delle scelte relative all'organizzazione, programmazione e gestione dei flussi di lavoro e dei processi produttivi a supporto dei percorsi di cura. Nel lessico sanitario italiano il termine utilizzato correntemente per definire questo approccio è **Gestione operativa (GO)**.

L'obiettivo è quello di garantire che i percorsi clinici (il cui output è rappresentato dalla salute del paziente) risultino efficienti, sostenibili nel medio-lungo termine ed efficaci, capaci cioè di rispondere ai bisogni ed alle attese dei clienti (pazienti). La Gestione Operativa è rivolta ad assicurare la corretta gestione ed allocazione delle risorse infrastrutturali necessarie allo svolgimento delle attività clinico-assistenziali svolte dalle diverse articolazioni organizzative.

Regolamento di Sala Operatoria

Il regolamento di sala operatoria è documento fondante per una corretta e trasparente gestione del Blocco Operatorio e deve essere redatto alla luce dei principi del manuale per la sicurezza in Sala Operatoria dal livello Aziendale.

Il regolamento ha lo scopo di identificare le regole di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio, al fine di garantire il migliore andamento delle attività di sala operatoria cercando di definire la modalità di gestione delle possibili evenienze che possono occorrere in un setting operativo di tale complessità.

Mappatura del Processo chirurgico in Blocco Operatorio

È importante che ciascuna Azienda raccolga le principali informazioni che contribuiscono a descrivere in modo oggettivo e attraverso metriche uniformi sul territorio nazionale il percorso chirurgico del paziente all'interno del Blocco Operatorio. Come già definito nelle "*Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato*", sono 15 eventi standard, ovvero orari in cui si rileva un'azione puntuale, definiti per descrivere il percorso chirurgico del paziente. Questi 15 eventi descrivono in modo oggettivo il percorso ed hanno differenti gradi di obbligatorietà (obbligatorio, consigliato, facoltativo). Primo step del processo di monitoraggio è l'informatizzazione del registro operatorio per la rendicontazione in tempo reale della produzione eseguita all'interno della sala operatoria. A questo livello coincide l'utilità di censire le strutture fisiche (Blocco Operatoria, sala operatoria) in cui si eseguono le prestazioni chirurgiche. Elemento base per stimare la capacità produttiva teorica.

La Tabella 1 descrive gli eventi necessari alla descrizione del percorso chirurgico del paziente declinando al suo interno:

- Il nome dell'evento da rilevare
- L'acronimo utilizzato in Tabella 3 per il calcolo degli indicatori
- Il grado di obbligatorietà della registrazione
- La definizione dell'evento
- La tipologia dell'evento che descrive se l'evento registrato ha valenza informativa di tipo logistico, connessa al Rischio Clinico oppure Clinica
- Il Responsabile suggerito per la rilevazione dell'evento.

Tabella 3. I quindici eventi fondamentali del percorso chirurgico

N	EVENTI DA RILEVARE	ACRONIMO	GRADO OBBLIGATORIETÀ	DEFINIZIONE DELLA MISURA	TIPOLOGIA	RESPONSABILE SUGGERITO
1.	USCITA DAL REPARTO	OutR	Consigliato	Quando l'operatore di trasporto prende in carico il paziente	Logistica/Rischio Clinico	Operatore di trasporto e/o infermiere di reparto
2.	PAZIENTE DISPONIBILE AL FILTRO	InF	Consigliato	Ingresso del paziente al filtro e verifica della sua identità	Logistica/Rischio Clinico	Operatore del filtro
3.	INGRESSO AL BLOCCO OPERATORIO	InORB	Obbligatorio	Quando l'infermiere di blocco operatorio prende in carico il paziente	Logistica/Rischio Clinico	Infermiere
4.	INGRESSO IN SALA di INDUZIONE	InSI	Facoltativo	Ingresso del paziente in sala di induzione	Logistica	Infermiere
5.	INIZIO INDUZIONE ANESTESIA	StAnest	Obbligatorio	Momento in cui viene iniettato l'anestetico per l'anestesia generale o iniezione nella pelle per anestesia regionale	Clinica	Infermiere/Anestesista
6.	PAZIENTE POSIZIONATO E PRONTO	PzPr	Consigliato	Paziente pronto per la chirurgia, terminata la fase anestesilogica ed il posizionamento	Clinica	Infermiere/Anestesista
7.	INGRESSO IN SALA OPERATORIA	InSO	Obbligatorio	Ingresso del paziente in SO	Logistica	Infermiere
8.	INIZIO PROCEDURA CHIRURGICA	StCh	Obbligatorio	Inizio incisione	Clinica	Infermiere
9.	FINE PROCEDURA CHIRURGICA	EndCh	Obbligatorio	Ultimo punto di sutura	Clinica	Infermiere
10.	USCITA DALLA SALA OPERATORIA	OutSO	Obbligatorio	Uscita del paziente dalla SO	Logistica	Infermiere
11.	INGRESSO IN RECOVERY ROOM	InRR	Consigliato	Ingresso del paziente in recovery room	Logistica	Infermiere di RR
12.	USCITA DALLA RECOVERY ROOM	OutRR	Facoltativo	Uscita del paziente dalla RR	Logistica	Infermiere di RR
13.	INGRESSO IN TERAPIA INTENSIVA	InUTI	Consigliato	Ingresso del paziente in terapia intensiva	Logistica	Infermiere di UTI
14.	USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO	OutOrb	Obbligatorio	Uscita del paziente dal blocco operatorio	Logistica	Operatore di trasporto
15.	RITORNO IN REPARTO	InR	Facoltativo	Quando l'infermiere di reparto riprende in carico il paziente	Logistica	Infermiere di reparto

Strumenti di Monitoraggio dell'offerta

Il **miglioramento di un processo nasce attraverso la sua misurazione**, ovvero l'individuazione di una serie di informazioni (eventi) in grado di descrivere il flusso delle attività eseguite sul paziente, che ne permetta la conoscenza oggettiva, e lo sviluppo di indicatori che possano descrivere l'adeguato fluire delle attività del processo, l'efficacia e l'efficienza della cura.

Misurazione della Capacità Produttiva

L'obiettivo è il monitoraggio dell'efficienza di sala operatoria al fine di garantire l'individuazione di eventuali aree di miglioramento per sviluppare soluzioni organizzative che permettano di garantire che la pianificazione dei ricoveri eseguita in funzione delle Liste di Attesa sia governata secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

Di seguito sono descritti gli indicatori di misura utili a determinare la capacità produttiva aziendale e al monitoraggio del percorso peri-operatorio identificati nelle *"Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"*, di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020.

Le Definizioni utilizzate in seguito riguarderanno:

- **Intervallo:** differenza fra due eventi che descrivono un'attività oppure un tempo di attesa
- **Indicatore:** descrive l'andamento di un fenomeno. Gli indicatori sono variabili altamente informative e utili a fornire una valutazione sintetica circa il raggiungimento o il mantenimento nel tempo di un determinato obiettivo prefissato. Possono fornire sia valutazioni istantanee che andamenti nel tempo e nello spazio.
- **Tempo di sala operatoria:** indicato in tabella 3 come **tSO**, rappresenta il numero di ore di sala operatoria disponibili all'uso, ovvero con equipe presente, assegnate ad una specifica Unità Operativa oppure a programmi di specifica complessità

La Tabella 4 riporta la descrizione degli indicatori standard per la misurazione dell'efficienza organizzativa della fase intra-operatoria per verificare se quest'ultimo viene applicato conformemente allo standard organizzativo della struttura sanitaria oppure se esistono scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione.

Tabella 4. Indicatori del percorso chirurgico intra-operatorio

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M9	RAW UTILIZATION	$RU = \frac{\Sigma OutSO - InSO}{tSO} (\%)$	Rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale di ore di SO assegnate, espresso in percentuale	Indica per quanto tempo di SO assegnato la SO è occupata da pazienti e quindi impegnata in attività core. Rappresenta la saturazione delle sedute pianificate. Capacità di utilizzo delle sedute pianificate
M10	START-TIME TARDINESS	$STT = StCh - InizioProgr$	Differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti	Indica il ritardo di inizio del primo intervento chirurgico della giornata rispetto a quanto era stato programmato.
M11	OVER-TIME	$OT = OutSO - FineSLOT$	Differenza tra uscita dalla SO dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti. ($OutSo > FineSLOT$)	Indica l'intervallo di tempo supplementare durante il quale la SO resta occupata dall'ultimo paziente della giornata rispetto a quanto era stato pianificato.
M12	UNDER UTILIZATION	$UU = FineSlot - OutSO$	Differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e il momento di uscita dalla SO, espressa in minuti. ($FineSLOT > OutSo$)	Indica l'intervallo di tempo durante il quale la SO non viene utilizzata a pieno regime, perché l'ultimo paziente è uscito prima rispetto a quanto era stato programmato
M13	TURNOVER TIME	$TT = InSO_{pz2} - OutSO_{pz1}$	Differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla SO del paziente precedente, espressa in minuti	Indica l'intervallo di tempo di ripristino della SO tra un paziente ed il successivo; da intendersi come la somma del tempo di pulizia (cleanup) e di preparazione della SO (setup).
M14	TEMPO MEDIO CHIRURGICO	$T_{chir} = EndCh - StCh$	Differenza tra gli eventi fine procedura chirurgica e inizio procedura chirurgica, espressa in minuti	Indica la durata media dell'intervento chirurgico
M15	TEMPO MEDIO ANESTESIOLOGICO	$T_{anest} = PzPr - StAnest$	Differenza tra gli eventi paziente posizionato e pronto e inizio induzione anestesia, espressa in minuti	Indica l'intervallo di tempo medio di preparazione del paziente all'intervento chirurgico
M16	TEMPO OCCUPAZIONE SALA	$TOSO = OutSO - InSO$	Differenza tra gli eventi Uscita Sala Operatoria e Ingresso Sala Operatoria, espressa in minuti	Indica l'intervallo di tempo in cui la sala operatoria è occupata per l'intervento chirurgico a paziente presente
M17	NUMERO DI INTERVENTI PER SLOT	$N = \frac{n \text{ interventi}}{n \text{ SLOT}}$	Numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo sala assegnata in fase di programmazione), espresso come media	Indica la densità di interventi chirurgici in una SO

RISULTATI ATTESI

Attraverso l'applicazione di Modelli di Governo di offerta e domanda centralizzati e l'implementazione di tracciati dati e metriche condivise a livello nazionale sarà possibile costruire modelli di analisi dati che metteranno in evidenza eventuali aree di inefficienza o di criticità nei territori di riferimento.

Inoltre, attraverso i modelli di simulazione sarà possibile dimensionare il possibile incremento di efficienza di sala operatoria identificando il case-mix di riferimento e introducendo strumenti di reingegnerizzazione per massimizzare la risposta verso i cittadini.

Equilibrio tra domanda di Lista di Attesa e Capacità Produttiva

L'equilibrio tra la domanda di Lista di Attesa e la Capacità Produttiva deve essere ricercato in maniera dinamica, attraverso un bilanciamento delle risorse in ogni fase del percorso peri-operatorio garantito dalla Direzione Aziendale con il supporto della Gestione Operativa ed un coordinamento di programmazione e pianificazione in grado di rispondere al modificarsi dei bisogni di salute dei cittadini e alle condizioni di contesto esterno che possono influire sull'erogazione dei servizi sanitari.

In situazioni critiche inaspettate, come la pandemia da virus SARS COV-2 ed in particolare la sua eredità in termini di incremento di Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche, è inevitabile che l'equilibrio tra domanda in Lista di Attesa e Capacità Produttiva sia stato radicalmente modificato a seguito degli impatti subiti dalla Capacità di Arruolamento in lista di pazienti.

La conoscenza oggettiva del percorso peri-operatorio e l'approccio per processi consentono di valutare la propria domanda di lista di attesa e la capacità produttiva disponibile in termini di spazi e risorse e di definire dei piani di attività atti a garantire l'accesso alle cure in sicurezza ai cittadini per i quali l'intervento chirurgico non possa essere procrastinato.

La rimodulazione del rapporto tra la domanda di Lista di Attesa e la Capacità Produttiva deve essere gestito in maniera flessibile, definendo i principi di programmazione dell'attività chirurgica e fornendo le indicazioni volte a ridurre i rischi nel percorso dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici e di tutti gli operatori sanitari coinvolti.

Evidenziate le criticità in lista di attesa attraverso il dimensionamento delle risorse necessarie per rispondere al fabbisogno da un lato, e il volume delle risorse attualmente disponibili dall'altro è possibile stimare il fabbisogno incrementale di risorse al fine di garantire lo smaltimento delle liste di attesa ed il raggiungimento dell'obiettivo del 90% delle patologie trattate entro il tempo massimo di attesa.

Inoltre è possibile effettuare delle simulazioni sul potenziale uso delle sale operatorie, in quanto i tempi medi degli interventi possono essere utilizzati per calcolare la capacità massima di espansione delle sedute all'interno del singolo ospedale o territorio anche in correlazione con i posti letto disponibili e le attività connesse, in un'ottica di governo delle Liste di Attesa chirurgiche e di una più fedele allocazione delle risorse, partendo dai bisogni di salute del bacino di utenza delle ASL e dalla capacità di produzione e di attrattività delle Aziende Ospedaliere ed IRCSS.

FONTI

1. Delibera 272/2017 Riduzione delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna
2. *"Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"*, di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020