

Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici in Emilia Romagna

DGR 272/2017: strumenti, azioni e
risultati nelle Aziende sanitarie ad
un anno dall'approvazione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

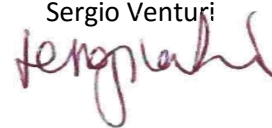
Bologna, 3 luglio 2018

A poco più di un anno dall'approvazione della DGR 272/2017 "RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA" è necessario fare il punto rispetto a quanto realizzato finora nelle aziende per conseguire l'importantissimo obiettivo di migliorare la tempestività e l'equità nell'accesso agli interventi chirurgici.

In questi mesi, con il supporto del Servizio Assistenza Ospedaliera, sono state sviluppate numerose azioni che hanno consentito importanti passi avanti in tema di gestione delle liste, di programmazione dell'attività chirurgica, di monitoraggio dei tempi di attesa che hanno condotto ad un complessivo miglioramento delle performance a livello regionale.

In questa pubblicazione sono state raccolte le esperienze più significative promosse dalle Aziende Sanitarie della Regione, i risultati fino ad oggi raggiunti e le principali linee di programmazione su questo tema perché possano rappresentare uno spunto di innovazione e discussione a livello regionale.

L'Assessore alle Politiche per la salute
Sergio Venturi



Pubblicazione a cura del:

SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE
REGIONE EMILIA ROMAGNA

Le schede sono state prodotte dai referenti aziendali indicati.

CONTENUTI

EQUITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE PROGRAMMATE: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLA PRIORITIZZAZIONE NELL'AZIENDA USL DI MODENA	3
GESTIONE DELLA LISTA D'ATTESA: UN REGOLAMENTO UNICO DALL'ESPERIENZA DEI RUA DELLA CITTA' METROPOLITANA DI BOLOGNA.....	7
L'INTERVENTO ELETTIVO DI PROTESI D'ANCA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'AZIENDA USL DI PARMA, CRITICITA E GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	9
PULIZIA, GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE LISTE DI ATTESA – AUSL DI REGGIO EMILIA	10
DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI DI AUTOREGOLAMENTAZIONE PER IL CORRETTO INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PRESSO L'OSPEDALE DI SASSUOLO SPA.....	13
GESTIONE DEL "TRASFERIMENTO" PER IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA PROVINCIA DI FERRARA.....	14
PROGETTO CENTRALIZZAZIONE PRE RICOVERO NELLA'AOSPU DI MODENA.....	17
PROGETTO DI ISTITUZIONE DEL PUNTO AZIENDALE UNICO DI PRERICOVERO IN AZIENDA OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA DI PARMA	19
VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANESTESIOLOGICO PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE PROGRAMMATE E DEFINIZIONE DEI PROFILI PREOPERATORI NELL' AUSL DI MODENA	24
AGGIORNAMENTO E OMOGENEIZZAZIONE DEI PROFILI PREOPERATORI PER GLI INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PROVINCIA DI FERRARA.....	27
GESTIONE DEL PRE-RICOVERO PER INTERVENTO PROGRAMMATO CHIRURGICO - AUSL DI REGGIO EMILIA	28
QUATTRO TERRITORI UN'UNICA AZIENDA - AZIENDA USL DELLA ROMAGNA.....	31
GESTIONE INFORMATICA DELLE LISTE DI ATTESA DELL'AUSL DI MODENA	32
DGR 272/2017 E PULIZIA DELLA LISTA DI ATTESA: ADEGUAMENTI DEL SISTEMA INFORMATIVO - AUSL DI PIACENZA.....	33
UTILIZZO DEI DATI DELL'ATTIVITÀ DI SALA OPERATORIA - AUSL PIACENZA	35
MONITORAGGIO DELLA LISTA D'ATTESA E RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI PRODUTTIVI - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	37
RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ CHIRURGICHE DELL' AOU DI PARMA	39
PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA E GESTIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE DELL' AUSL DI MODENA.....	43
GESTIONE DELLA PRODUZIONE CHIRURGICA A MEDIO TERMINE PER RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA NELL' AUSL IMOLA.....	46
COORDINAMENTO PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ CHIRURGICHE NELL' AOSPU MODENA	49
SISTEMI DI MONITORAGGIO DELLE LISTE D'ATTESA PRESSO IL POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI	51
MONITORAGGIO DEI FLUSSI CHIRURGICI - AUSL REGGIO EMILIA	53
GESTIONE PROSPETTICA E RETROSPETTIVA DEI DATI RELATIVI ALLE LISTE D'ATTESA, IMPLEMENTAZIONE DEL NOMENCLATORE SIGLA E SVILUPPO DI SISTEMI DI MONITORAGGIO AUSL DI MODENA	57
ALLEGATI.....	62
Allegato 1 DGR 272/2017	63
ALLEGATO 2 Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna	79
ALLEGATO 3 Governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna	92

EQUITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE PROGRAMMATE: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLA PRIORITIZZAZIONE NELL'AZIENDA USL DI MODENA

STRUTTURE COINVOLTE

Direzione Operativa Logistica Integrata e Gestione operativa dei percorsi chirurgici
Direzioni Sanitarie di Ospedale
Discipline chirurgiche e di anestesia e rianimazione Aziendali
Servizi di prericovero Aziendali

Referente: Maria Iris Grassi

ABSTRACT

Una delle strategie di governo della domanda di prestazioni chirurgiche programmate è rappresentata dall'assicurare un tempo d'attesa coerente con l'urgenza del singolo paziente e un ordine di accesso ai trattamenti tale da garantire una corretta prioritizzazione rispetto all'urgenza (equità orizzontale ed equità verticale).

L'assegnazione delle priorità cliniche condivisa tra i professionisti prescrittori, sulla base di competenze ed esperienze, in assenza di evidenze scientifiche (EBN) a supporto, può favorire l'appropriatezza prescrittiva e l'equità di accesso.

Il progetto ha come obiettivo la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati di tipo chirurgico, attraverso la definizione dei criteri di assegnazione alle classi di priorità e dei criteri di definizione dei differenti setting assistenziali di esecuzione delle procedure chirurgiche, da applicare in modo omogeneo a livello aziendale.

PROBLEMA INIZIALE

L'assegnazione delle classi di priorità per disciplina e per procedura chirurgica da parte dei professionisti deputati all'inserimento dei pazienti nelle liste d'attesa risulta assolutamente eterogenea e spesso prescrittore-dipendente. Inoltre, per la stessa tipologia di intervento esiste una certa disomogeneità nella definizione del grading chirurgico e quindi del setting assistenziale.

OBIETTIVI AZIENDALI

- Uniformare e omogeneizzare l'assegnazione di setting e classi di priorità a livello aziendale
- Reingegnerizzare le procedure per aumentarne l'efficienza e l'efficacia
- Massimizzare le sinergie tra diverse equipe chirurgiche e diversi presidi
- Favorire logiche di rete all'interno dell'Azienda USL

OBIETTIVI DEL GRUPPO DI LAVORO

Il Gruppo di Lavoro multiprofessionale e multidisciplinare è costituito da: Anestesisti, Chirurghi di diverse discipline (chirurgia generale, ortopedia, urologia, ginecologia, otorinolaringoiatria, oftalmologia, odontoiatria) e infermieri dei Servizi Prericovero, afferenti ai 4 Ospedali dell'Azienda USL (Pavullo, Vignola, Carpi e Mirandola).

Gli obiettivi del gruppo di lavoro sono:

- Individuazione delle caratteristiche dei pazienti per le 4 classi di priorità (A, B, C, D), per le differenti tipologie di intervento chirurgico, sulla base della complessità clinica in accordo con la normativa (nazionale e regionale);
- Definizione dei "setting" (Ambulatoriale, Day-Surgery, One day-Week Surgery e ciclo continuo) per le differenti tipologie di intervento chirurgico e per disciplina clinica in accordo con le recenti linee guida, e con la normativa (nazionale e regionale).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il presente Progetto si inserisce all'interno del processo di riorganizzazione del Percorso Chirurgico Aziendale e finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, come da Delibera della Regione Emilia Romagna 272/2017.

Nello specifico è stato affrontato il paragrafo "5 Appropriatelyzza" nei suoi punti c e d della DGR 272/2017:

- c. *Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria.*

d. Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità.

Nell'ambito del processo di standardizzazione del percorso chirurgico sono inoltre stati definiti differenti "setting" assistenziali di erogazione delle prestazioni chirurgiche per le differenti discipline attraverso la condivisione di criteri clinici e organizzativi.

La modalità di lavoro utilizzata è stata l'istituzione di due Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali con le seguenti finalità

- Gruppo di lavoro per la definizione delle classi di priorità per gli interventi chirurgici programmati definizione setting assistenziali.
- Gruppo di lavoro costruzione profili pre-operatori (PRP) (*In corso di stesura il documento finale*)

Metodologia utilizzata

1. Criteri di attribuzione delle Classi di Priorità.

Le quattro classi (A, B, C, D) distinte sulla base della priorità clinica e relativi tempi massimi di attesa, sono state definite dalla DGR 272/2017 (classi A B C e D).

Sono state analizzate per ogni Disciplina Chirurgica le modalità attuali di attribuzione delle classi di priorità. E' stata rilevata, per alcuni interventi chirurgici, disomogeneità a livello aziendale nella modalità di attribuzione della classe di priorità. Sono stati pertanto concordati i criteri per la assegnazione alle 4 classi di priorità per i differenti interventi chirurgici, considerando i seguenti aspetti:

-condizione clinica e natura della patologia;

-presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia.

Per ciascuna tipologia di intervento è stata definita la classe di priorità di più frequente attribuzione definendo le caratteristiche di eventuali casi particolari che devono essere considerati come eccezioni.

2. Definizione dei setting assistenziali degli interventi chirurgici.

Il lavoro è iniziato dall'analisi della normativa e dalle definizioni dei differenti setting come riportato in tabella.

Linea di erogazione	Descrizione
Degenza Ordinaria	Assistenza ospedaliera a ciclo continuativo per la diagnosi e il trattamento del Paziente con patologia di interesse chirurgico. Permanenza continuativa all'interno della struttura in un stanza di degenza, con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.
Day – Surgery	Esecuzione di interventi chirurgici in regime di ricovero diurno (durata inferiore 12 ore) in casi che pur non richiedendo assistenza medica e infermieristica continua per più giornate, ma comunque assistenza medico infermieristica prolungata e sorveglianza infermieristica fino alla dimissione, per loro natura o complessità non sono erogabili in regime ambulatoriale. Il paziente va ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato. <u>In sintesi</u> , rappresenta la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale. Qualora il ricovero preveda la presenza del degente per 24 ore, si parla di "One day surgery".
Ambulatoriale	Esecuzione di interventi chirurgici che per tipologia e complessità non richiedono il ricovero ospedaliero (chirurgia ambulatoriale). Nello specifico E' dedicato all'espletamento di attività di cui all'allegato n. 2 della delibera di Giunta regionale n. 559/2000 e suoi eventuali aggiornamenti, da effettuarsi in

	anestesia locale e/o loco-regionale (blocchi periferici). Il DM 70/2015 riprende la definizione di chirurgia ambulatoriale riportando “Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati (...)Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si propone l’utilizzo della classificazione della “American Society of Anesthesiology” che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di Day Surgery”.	
--	---	--

La classificazione degli interventi all’interno dei differenti setting è stata effettuata sulla base delle più recenti evidenze scientifiche per le differenti discipline e della normativa.

Nello specifico sono state considerate le seguenti variabili:

- Complessità della procedura chirurgica (NHS National Institute for clinical Excellence, 2003);
- Complessità clinica attraverso classificazione ASA (<http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>);
- Tipologia di anestesia (Commissione SIAARTI/AARO I sull’anestesia in day surgery (2000). Raccomandazioni clinico-organizzative per l’anestesia in day-surgery Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia (2012). Standard per il monitoraggio in anestesia).

Nella valutazione dei pazienti candidati alla Day Surgery oltre ai criteri clinici, a quelli legati alla tipologia di intervento chirurgico, all’atteggiamento del paziente nei confronti dell’intervento, viene inclusa anche la situazione socio-familiare: residenza del paziente, distanza fra residenza e ospedale con breve tempo di percorrenza (inferiore a 1 ora); possibilità di assistenza almeno nelle prime 24 ore da parte di un familiare opportunamente istruito (Delibera di Giunta - N. ro 2000/559 - del 1/3/2000).

Infine per quanto riguarda la Chirurgia Ambulatoriale è stata condivisa la classificazione in due tipologie di setting:

- *Ambulatoriale semplice*: intervento eseguito nell’ambulatorio chirurgico in anestesia locale. In tale setting non è necessaria la presenza dell’Anestesista nell’ambulatorio chirurgico durante l’intervento.
- *Ambulatoriale complesso*: l’intervento viene eseguito nel blocco operatorio con presenza di anestesista (Prevede esami pre-operatori definiti da LEA).

Questa ulteriore classificazione si è resa necessaria per rendere omogenea la modalità di erogazione in regime ambulatoriale per le differenti discipline.

RISULTATI

Sono state prodotte tabelle (di cui si riportano 2 esempi) per ciascuna area disciplinare chirurgica di interesse aziendale.

Chirurgia generale: Definizione classi di priorità

INTERVENTO/PATOLOGIA	CLASSE DI PRIORITA'	NOTE/ECCEZIONI
ALLOPLASTICA DI ERNIA INGUINALE / ERNIA CRURALE	C	A Episodio di strozzamento ridotto per taxis/ACCESSO A PS/incarceramento per intasamento cronico riacutizzato
ALLOPLASTICA DI ERNIA OMBELICALE	C	B Dolore intenso e/o caratteristiche sociali_lavorative
ALLOPLASTICA DI ERNIA EPIGASTICA	C	D Asintomatico
ALLOPLASTICA DI LAPAROCELE	C	A Coliche ricorrenti recente pancreatite dopo spegnimento
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	C	B Coliche ricorrenti microlitiasi
		D Asintomatico
VARICI ARTI INFERIORI	C	D Asintomatico
PATOLOGIA EMORROIDARIA	C	B Severa anemizzazione
		D Paucisintomatiche
EXERESI CISTI PILONIDALI	D	-
FISTULECTOMIE	C	B Portatori di setone/ascessi recidivanti
SFINTEROTOMIE	C	B Dolore intenso

Urologia: Definizione setting assistenziali

DISTRETTO CORPOREO	AMBULATORIALE	DAY SURGERY	WEEK SURGERY*	ORDINARIO-CICLO CONTINUO
ORGANI GENITALI MASCHILI	Frenuloplastica Dtc condilomi Asportazione cisti sebacea scrotale	Fissaggio del testicolo Varicocelelectomia Idrocelelectomia Asportazione cisti epididimo Circoncisione	Orchifunicolectomia per neoplasia testicolo Penectomia per neoplasia Corporoplastica di raddrizzamento	
VESCICA			TURP (paz con catetere vescicale)	Cistectomia Diverticulectomia vescicale
PROSTATA			TURP (+ elt)	-Prostatectomia radicale -Adenomectomia prostatica
RENE E URETERE		Caruncola uretrale	Ureterolitotrixis endoscopica Uretrotomia interna sec Sachse Asportazione cisti renale videolaparosc.	Nefrectomia per neoplasia Enucleoresezione renale per neoplasia Ureterocistoneostomia Plastica del gpu Pielolitotomia Nefrectomia semplice

EVENTUALI COSTI

- Incontri settimanali gruppo di lavoro
- Quattro giornate formative (con riconoscimento di 9,3 crediti ECM) con l'obiettivo di formare tutti i professionisti coinvolti nella gestione delle liste di attesa per ricovero chirurgico programmati.

GESTIONE DELLA LISTA D'ATTESA: UN REGOLAMENTO UNICO DALL'ESPERIENZA DEI RUA DELLA CITTA' METROPOLITANA DI BOLOGNA

STRUTTURE COINVOLTE:

Ausl Bologna, AOU Bologna, Ausl Imola, IRCSS Rizzoli (Direzioni Sanitarie e Generali, RUA, Direttori di Presidio)

REFERENTI: Annamaria Longanesi

ABSTRACT

Nella città metropolitana di Bologna le modalità di gestione della lista d'attesa erano molto diverse tra i vari Ospedali e con questo le informazioni fornite ai cittadini.

Obiettivo delle Direzioni è stato quello di individuare un coordinamento Provinciale dei RUA che insieme ai Colleghi preparasse un documento applicabile a tutti i pazienti nelle diverse realtà. Obiettivo secondario, ma non meno importante, è stato quello di utilizzare al meglio le piattaforme operatorie disponibili in ambito provinciale, iniziando ad attuare sinergie di rete almeno tra le strutture pubbliche. I primi risultati sono incoraggianti con un incremento di attività in Ausl di Bologna sia in centri HUB che Spoke.

PROBLEMA INIZIALE

In ogni azienda dell'area metropolitana esistevano modalità diverse nella gestione delle liste d'attesa soprattutto in termini di informazione ai pazienti e modalità di inserimento, sospensione, rinuncia cancellazione e chiamata per l'intervento. La 272/17 e le linee di indirizzo regionali necessitavano di essere contestualizzate alla realtà metropolitana di Bologna. Anche le piattaforme operatorie presenti nei vari ospedali necessitavano di essere utilizzate al meglio.

OBIETTIVI

Garantire a tutti i cittadini dell'area metropolitana di Bologna regole condivise e trasparenti nella gestione delle liste d'attesa chirurgiche e ottimizzare le risorse di sala operatoria disponibili in area provinciale.

Descrizione del progetto

I direttori sanitari e generali hanno dapprima condiviso di individuare un coordinamento provinciale dei RUA affidandogli il compito di preparare con i colleghi un documento che ispirandosi alla 272/2017 e alle linee di indirizzo RER del settembre 2017 fornisse a professionisti, pazienti, ufficio prericovero regole condivise.

Il documento doveva precisare alcuni punti più critici in modo che nei singoli Ospedali i pazienti ricevessero risposte univoche alla medesima richiesta.

A fronte di questa condivisione di regole doveva essere impostata una attività sinergica tra le 4 aziende che mettesse in rete tutte le piattaforme operatorie.

RISULTATI

Il documento è stato redatto congiuntamente dai RUA e presentato ai DG e Sanitari della città metropolitana in sede di Unità Tecnica di Missione. Raccolte le osservazioni il documento è stato perfezionato e una volta approvato è stato sottoscritto dai 4 direttori sanitari. Il documento potrà essere consegnato ai pazienti che lo richiedono oppure essere inserito sul sito di ogni Azienda. Vengono di seguito rappresentati alcuni punti salienti del documento. Il primo è rappresentato dall'aver voluto inserire in questo documento l'importanza del percorso riservato ai pazienti neoplastici che verranno inseriti in lista solo dopo la valutazione nei rispettivi team multidisciplinari, attivi già dal 2016 in AUSL e deliberati nel 2017.

In AUSL i team attivi sono 8 (Mammella, Polmone, Cerebrale, Testa-collo, Ginecologico, Urologico, Digerente, Epatobiliopancreatico). All'interno di questi il team più maturo (TMD Digerente ed epatobiliopancreatico) già possiede i primi dati di outcome dei pazienti sottoposti ad intervento.

All'interno del documento il gruppo RUA ha condiviso e definito anche le modalità di comunicazione con il paziente durante l'operazione di pulizia della lista d'attesa condividendo come e quando effettuare la cancellazione.

Altro punto importante è stato lo sviluppo di sinergie di rete tra alcune realtà provinciali di strutture pubbliche, soprattutto tra AUSL Bologna, AUSL Imola e AOU in merito a determinate discipline (Chirurgia generale, Urologia, Chirurgia epato-bilio-pancreatica, Chirurgia Toracica e Chirurgia Vascolare). Alcune esperienze sono ancora in fase embrionale, altri in fase più avanzata ma questo fa ben sperare che il giorno in cui le piattaforme siano condivise sapremo veramente mettere il paziente giusto al posto giusto

indipendentemente dall'Azienda di provenienza. I primi risultati in AUSL hanno visto una forte delocalizzazione della medio-bassa complessita' con un incremento di attivita' per tali patologie di circa 3 volte *versus* lo stesso periodo dell'anno scorso. Di pari passo e' incrementata anche la disponibilita' presso i centri HUB per centralizzare le patologie o i pazienti piu' gravi proprio in ottica di rete.

EVENTUALI COSTI

La gestione delle liste su base metropolitana ha visto sicuramente la messa in campo, ognuno per quanto di competenza, di uno sforzo congiunto delle direzioni strategiche, dei RUA, dell'ICT per adeguare i software, oltreche' dei singoli professionisti: Il risultato ottenuto e' sicuramente stato possibile per un importante sostegno economico ma anche per la volonta' e la dedizione di ogni professionista impegnato nel processo.

L'INTERVENTO ELETTIVO DI PROTESI D'ANCA NEL PRESIDIO
OSPEDALIERO DELL'AZIENDA USL DI PARMA, CRITICITA E GOVERNO
DELLE LISTE D'ATTESA

AZIENDA USL DI PARMA

STRUTTURE COINVOLTE:

Unità Operative di Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero Aziendale (stabilimenti di Borgo Val di Taro e Fidenza)

Referente: Francesca Spagnoli

ABSTRACT

La gestione delle LdA costituisce uno dei problemi più persistenti del SSN, sia per impatto organizzativo, sia per le conseguenze in materia di Livelli essenziali di assistenza. Il numero di interventi di PTA nella Provincia di Parma, analizzando il periodo 2012-2017 è aumentato del 57,26%, passando da 372 interventi nel 2012 a 585 nel 2017. A fronte di una domanda sempre maggiore, risulta necessario ed inderogabile fornire risposte tempestive per il contenimento dei tempi di attesa. A partire da marzo 2017 abbiamo strutturato i nostri interventi correttivi, che hanno permesso di rispondere adeguatamente alla forte domanda sia in termini di rispetto dei tempi di attesa, sia di miglioramento dell'appropriatezza di assegnazione delle classi di priorità.

PROBLEMA INIZIALE

Analizzando l'indice di Performance Prospettico SIGLA al 31.12.2016, si sono rilevate diverse criticità: solo il 61% dei pazienti in lista per PTA in classe C rientrava nei tempi massimi di attesa ed a 29 pazienti era stata assegnata impropriamente la classe D.

OBIETTIVI

Rispetto dei tempi di attesa per l'intervento di PTA (>90% entro 180 giorni), con miglioramento della valutazione ed assegnazione dei pazienti alle classi di priorità.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Per inquadrare il fenomeno delle LdA e comprendere il contesto di riferimento, ne abbiamo preso in analisi i dati relativi (portale SISEPS) a partire dall'anno 2012. A marzo 2017 si è costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato al monitoraggio settimanale delle LdA, con particolare attenzione ai casi vicini alla deadline dei 180 giorni. Si è inoltre proceduto ad un abbattimento delle LdA mediante una pianificazione flessibile delle sedute operatorie sulla base della domanda, utilizzando anche sedute aggiuntive finalizzate, ed alla rivalutazione delle classi di priorità.

RISULTATI

Confrontando i tempi di attesa dell'Ausl Parma 2016-2017, si riscontra un notevole miglioramento, dimostrato dal valore di x2 al livello di probabilità 1%. Il 94,3% degli interventi di PTA (dato aggiornato a febbraio 2018) risulta erogato in tempo per classe di priorità. La mediana dei giorni di attesa è diminuita di 59 giorni, passando da 217 a 158 giorni dal 2016 al 2017. Si rileva inoltre una maggiore rappresentatività della classe C in termini percentuali (da 48,7% nel 2016 a 78,4% nel 2017) ed un azzeramento del numero dei pazienti in classe D.

EVENTUALI COSTI

Spese per personale area della dirigenza e area del comparto per sedute operatorie aggiuntive per un ammontare di euro 50.000,00.

PULIZIA, GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE LISTE DI ATTESA – AUSL DI REGGIO EMILIA

STRUTTURE COINVOLTE: chirurgia, servizi amministrativi, direzioni mediche di presidio

REFERENTI: Maria Teresa Montella, Maurizio Pocaforza, Maria Calia

ABSTRACT

Le liste di attesa chirurgiche rappresentano, in termini organizzativi, un nodo critico nella gestione degli ospedali, in particolare laddove è presente un sistema sanitario universalistico con prestazioni chirurgiche qualitativamente quale quello della Regione Emilia Romagna (vedi dati Piano Nazionale Esiti e Progetto Bersaglio); sono inoltre elemento di garanzia per cittadino.

Con la delibera 272 del 2017 avente per titolo *“Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna”* la Regione Emilia ha disposto che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi gli interventi per il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati controllando tale processo attraverso strumenti informatici e tramite figure (RUA) preposte a vigilare sulla corretta gestione delle liste di attesa. La delibera, stante la complessità del *clinical pathway* del paziente chirurgico, individua soluzioni e strumenti articolati e differenziati tra loro atti a dare una adeguata risposta ai cittadini/pazienti.

E' evidente che, come accade in ogni organizzazione complessa, la soluzione a tale problema prende corpo solo quanto tutti gli operatori sanitari collaborano fattivamente sia per quanto attiene alla corretta indicazione di intervento (appropriatezza clinica) sia per la definizione dei *setting* di cura ed il codice di priorità da utilizzare in occasione del ricovero (appropriatezza organizzativa). In tale processo è necessario infine allineare la cultura organizzativa e quella clinica: l'unificazione delle Aziende Sanitarie di Reggio Emilia è stata l'occasione per regolamentare tale processo attraverso *“gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati” 11 Agosto 2017* che dava indicazioni sulle modalità di gestione delle liste, successivamente nel settembre 2017 la Regione Emilia Romagna ha prodotto linee di indirizzo del tutto sovrapponibili nei contenuti alle indicazioni del regolamento gestione liste di attesa della Azienda USL di Reggio Emilia, tali indicazioni ci hanno consentito di iniziare un puntuale lavoro di pulizia delle liste e una profonda revisione del processo.

Si rammenta inoltre che le liste se adeguatamente gestite e mantenute sono *“la conditio sine qua non”* per gestire i comparti operatori in modo efficiente.

PROBLEMA INIZIALE

La presenza di 2 regolamenti diversi e la parziale ed incompleta pulizia delle liste non consentivano alla Direzione strategica di avere una esatta dimensione del numero dei casi da trattare e una corretta e puntuale dimensione del tempo di attesa per le classi di priorità. Inoltre la gestione delle liste era frammentaria ed non standardizzata, pertanto si rendeva necessario centralizzare in un'unica sede in processo di gestione delle liste così da allineare le culture e i diversi comportamenti.

La pulizia delle liste era l'elemento chiave per avere una esatta quantificazione dei pazienti consentendo così di predisporre una pianificazione chirurgica tesa al rispetto dei codici di priorità attribuiti.

Le criticità rilevate e risolte sono sinteticamente descritte negli items sottostanti, infatti risultavano presenti in lista:

- pazienti in fase di studio per *grading* chirurgico
- pazienti che avevano rinunciato più volte al ricovero (almeno 5-6 volte)
- pazienti non in stato di sospenso ma impossibilitati ad effettuare l'intervento
- pazienti con urgenze differibili che secondo la letteratura non sono inquadrabili né come paziente programmati né come emergenti poiché devono effettuare l'intervento entro pochi giorni e pertanto devono avere un percorso organizzativo ad hoc
- pazienti mal codificati (la più parte erano codici A e B)

Inoltre la lista di attesa risultava carente di informazioni tali da non consentire una adeguata programmazione (paziente che richiede una particolare tecnologia o una tecnica chirurgica specifica ecc..)

OBIETTIVI

- Predisporre una pulizia sistematica con un modello di riferimento omogeneo ed criteri di gestione della lista in linea con le indicazioni aziendali
- Confrontarsi con i professionisti sia sui codici di priorità
- Controllare le proposte di ricovero in ingresso (ivi compresi i codici di priorità al fine di posizionare correttamente l'attesa del paziente) riducendo così i codici A e B ai pazienti con necessità clinica pre definite con i professionisti
- Verificare con cadenza bi settimanale il numero di pazienti da inviare alla visita anestesiologicala
- Controllare eventuale barriere organizzative (motivazioni per le quali in paziente non ha completato l'iter anestesiologicalo)
- Controllare la pianificazione delle sedute operatorie rispetto alla lista di attesa

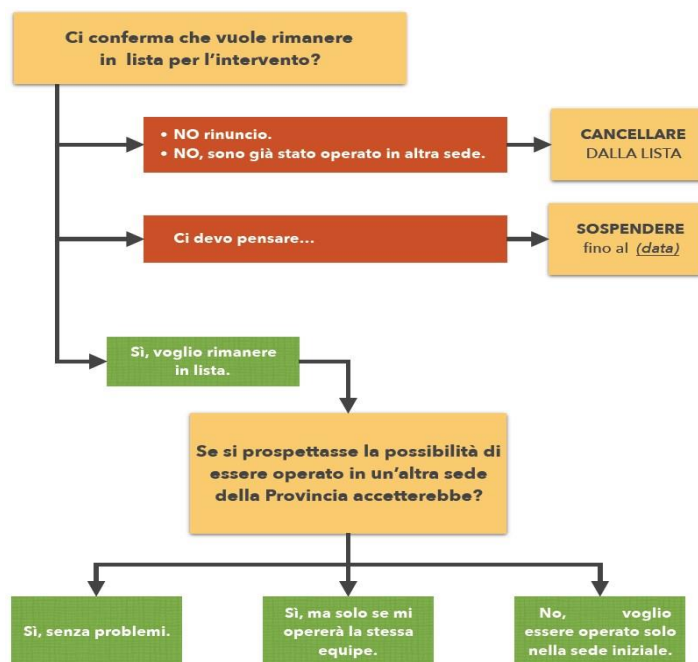
DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Gli *steps* del progetto sono descritti di seguito:

- Condivisione con i professionisti dei codici di priorità (vedi note 201/0037746 firma Dott Mazzi e Dottssa Marchesi) con particolare riferimento ai codici A ed in seguito sono stati resi espliciti i codici degli interventi oggetto di monitoraggio es (protesi di anca, tonsillectomia, ernia inguinale ecc..) vedi nota prot 78164 del 28 Agosto 2017
- Immissione dei pazienti in lista di attesa è stata strettamente monitorata (vedi nota –a titolo esemplificativo-poiché sono tante del 28 Luglio 2017 prot 69582
- Predisposizione del regolamento aziendale gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati” 11 Agosto 2017
- Condivisione dei codici di priorità con i clinici
- Formazione del personale preposto alla chiamata
- Verifica ab initio dei risultati del recall e delle fattispecie di risposta
- Invio raccomandate ai paziente che rinunciano
- Inserimento dello stato di sospenso per i pazienti che temporaneamente non erano disponibili ad effettuare l'intervento chirurgico
- Inserimento in campo note di particolari esigenze/ricieste del paziente (es anziano che vive solo)
- Controllo quotidiano e validazione della proposta di ricovero ivi compreso il codice prima della immissione in lista di attesa
- Pulizia delle liste con formazione del personale
- Controllo e verifica dei pazienti e del loro stato in lista con cadenza settimanale con particolare riferimento ai codici A per i rimanenti codici si effettua un controllo con le cadenze previste dal regolamento es i codici B vengono verificati mensilmente
- Controllo dei pazienti inviati alla anestesista
- Verifica delle barriere organizzative (es paziente che effettua la visita anestesiologicala e che necessità di ulteriori approfondimento)
- Verifica della programmazione chirurgica rispetto alle liste di attesa

RISULTATI

Step formazione modello di chiamata (vedi pagina successiva)



La tabella di cui sotto indica i pazienti presenti in lista di attesa prima pulizia liste di attesa (colonna 1 pazienti inseriti in lista di attesa al 31 agosto 2017 casi prevalenti), la colonna 2 indica i casi "nuovi" immessi in lista ovvero i casi incidenti, colonna 3 indica i casi presenti al 31 dicembre 2017 ovvero dopo pulizia delle liste: i pazienti possono essere usciti dalla liste per 2 fattori: il primo la pulizia delle liste, il secondo gli interventi chirurgici.

STABILIMENTO	U.O.	PZ. IN LISTA AL31/08/17	PAZIENTI INCIDENTI ovvero nuovi inserimenti in lista dal 01/09/2017 a Gennaio 2018	PAZIENTI IN LISTA AL 31/12/2017
ASMN Reggio E	TOTALE ASMN	6089	2863	5604
Ospedale di Guastalla	TOTALE STABILIMENTO	1606	743	1590
Ospedale di Montecchio	TOTALE STABILIMENTO	481	111	443
Ospedale di Scandiano	TOTALE STABILIMENTO	1006	442	1044
Ospedale di Castelnovo né M.	TOTALE STABILIMENTO	424	101	399
	TOTALE AUSL	3517	1397	3476
	ASMN + AUSL	9606	4260	9080

Dato aggiornato al 03/01/2018

Lettere inviate (raccomandate a/r) per eliminare i pazienti dalla liste di attesa:

Inviata da protocollo alla data del 21/11/2017	806
Inviata da protocollo alla data del 29/12/2017	984
Inviata da protocollo alla data del 16/01/2018	1512
Inviata a protocollo il 2/03/2018	51
Inviata a protocollo il 13/03/2018	69
Inviata a protocollo il 28/03/2018	66
Inviata a protocollo il 6/04/2018	61
Inviata a protocollo il 16/04/2018	36
Inviata a protocollo il 26/04/2018	163
Inviata a protocollo l'11/05/2018	63
Totale inviate alla data dell'11/05/2018	2021

EVENTUALI COSTI
2 Contratti Interinali

DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI DI AUTOREGOLAMENTAZIONE PER IL CORRETTO INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PRESSO L'OSPEDALE DI SASSUOLO SPA

STRUTTURE COINVOLTE TUTTE LE UNITA' OPERATIVE DI AREA CHIRURGICA

Referente: FEDERICO MARZO

ABSTRACT

Nel corso del secondo semestre 2017, con un recall nei primi mesi del 2018, si è intrapreso un percorso di esplicitazione e condivisione dei criteri di classificazione delle priorità relativamente all'inserimento in lista d'attesa da parte di ciascuna Unità Operativa chirurgica. Al tempo stesso, si è proceduto ad una convergenza tra l'elenco delle patologie ed interventi di ciascun reparto con il nuovo nomenclatore Sigla 2.0 così da rendere uniformi e complete le informazioni necessarie al corretto inserimento dei pazienti nel programma informatizzato di gestione del percorso chirurgico elettivo.

Tale lavoro di omogeneizzazione dei criteri di priorità e di uniformità di descrizione degli interventi da programmare è stata la base necessaria e propedeutica al lavoro di riorganizzazione della pianificazione operatoria al fine di migliorare la performance soprattutto per gli interventi oncologici, le protesi d'anca e tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio.

PROBLEMA INIZIALE

Assenza di un documento che esplicitasse i criteri di priorità con cui ciascuna unità operativa chirurgica inseriva i pazienti in lista d'attesa, con differenze di priorità assegnate per la medesima patologia anche all'interno della medesima U.O.

OBIETTIVI

Realizzazione di un documento per ciascuna U.O. in cui rendere espliciti, condivisi e trasparenti i criteri di inserimento in lista al fine di una corretta, tempestiva ed equa programmazione degli interventi chirurgici elettivi.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il medico di direzione sanitaria assieme alla coordinatrice della cabina di regia chirurgica ha incontrato il responsabile di ciascuna U.O., un medico referente e l'operatrice del precovero. Dopo la presentazione del progetto regionale si è richiesto ad ogni reparto di elaborare un documento condiviso di classificazione delle patologie operabili con relativa assegnazione di un codice di priorità.

Sono stati definiti, inoltre, i soli criteri clinici che possano consentire e giustificare un eventuale cambio di priorità.

Si è associato il nuovo nomenclatore Sigla 2.0 a ciascuna classificazione.

Si è definito che tutto ciò che differisce da tale documento non può essere inserito in lista da parte dell'operatore del precovero se non con una validazione del responsabile della U.O.

Si è proceduto ad una pianificazione più rigorosa delle casistiche in priorità A, B e per gli interventi oggetto di monitoraggio che vincoli maggiormente la programmazione dell'intervento alle scadenze previste dalla priorità assegnata.

RISULTATI

Il lavoro si è completato nel mese di febbraio 2018, ci aspettiamo che a partire già dai mesi successivi si evidenzino una migliore performance per le patologie oncologiche, protesi d'anca e le altre prestazioni chirurgiche oggetto di monitoraggio.

EVENTUALI COSTI

Non sono previsti costi aggiuntivi.

GESTIONE DEL "TRASFERIMENTO" PER IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
Azienda USL di Ferrara

REFERENTI: Maria Giorgetti Giuseppe Franchino

ABSTRACT

In un'ottica di sinergia di rete il "trasferimento" di lista d'attesa e la "permeabilità" delle liste d'attesa, sono una modalità di gestione che permette di migliorare i tempi di attesa degli interventi chirurgici a livello provinciale superando i singoli livelli aziendali. Una corretta comunicazione all'utente e una garanzia di continuità di presa in carico sono aspetti indispensabili e qualificanti di un corretto percorso del paziente chirurgico che prevede una condivisione di aspetti clinici fra professionisti e la messa a punto di strumenti informatici in un'ottica interaziendale.

PROBLEMI INIZIALI

1. Liste d'attesa provinciali per interventi chirurgici con o disomogeneità dei tempi di attesa per le medesime tipologie di interventi chirurgici o lunghi tempi di attesa, oltre il tempo massimo previsto per priorità assegnata
2. mancanza di informazione in tempo reale dei tempi di attesa per tipologia di intervento chirurgico nelle diverse sedi erogative a livello provinciale
3. esigenza di creare modalità organizzative di "sinergia di rete" a livello provinciale per la garanzia dei tempi di attesa chirurgici, come previsto dalla Delibera 272/2017.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto ha i seguenti obiettivi:

- implementare una sinergia di rete per la garanzia del rispetto dei tempi di attesa (DGR 272/2017, Circolare 7/2017)
- creare un cruscotto provinciale dei tempi di attesa che consenta, con un aggiornamento periodico, di visualizzare e confrontare i tempi di attesa previsti per ogni tipologia di intervento in tutte le sedi erogative
- consentire una "permeabilità" delle liste d'attesa provinciali dando al cittadino la possibilità di scegliere il luogo di cura con minore tempo di attesa
- migliorare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici secondo una logica non aziendale ma provinciale

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il "trasferimento" è una modalità di gestione della lista d'attesa per permettere il rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici a livello provinciale.

Qualora il tempo di attesa per un intervento chirurgico superi il tempo massimo per la priorità assegnata, la Delibera Regionale e la Circolare del 2017 prevedono che debba essere proposta a tutti i pazienti una sede alternativa ovvero debba essere offerto un percorso di "trasferimento" ad altro Stabilimento ospedaliero nell'ambito provinciale.

Qualora il paziente non accetti l'intervento in altra struttura viene a cadere il "vincolo contrattuale" del rispetto dei tempi massimi di attesa.

Qualora il paziente accetti la proposta deve essere "trasferito" nella lista d'attesa dello Stabilimento di destinazione con la medesima data di prenotazione e la medesima priorità clinica.

La realizzazione del percorso del paziente "trasferito" e la gestione della presa in carico per la continuità assistenziale devono prevedere:

- una condivisione fra i professionisti delle Aziende relativamente alla tipologia di interventi che, in base alla Programmazione provinciale chirurgica, hanno più centri erogativi provinciali, le indicazioni chirurgiche, la classificazione dei pazienti per priorità clinica e la modalità di continuità assistenziale

- identificazione della modalità organizzativa di invio del paziente tra stabilimenti
- Gestione dello Stato "Trasferimento"

La gestione "informatica" del trasferimento può essere effettuata per tutti i pazienti inseriti in lista d'attesa subito dopo l'inserimento o durante il tempo di attesa.

Nello specifico

- lista d'attesa trasferente: la posizione viene chiusa con l'opzione "Trasferimento" e una delle seguenti motivazioni:
 - rispetto del tempo di attesa
 - richiesto dal paziente

Il paziente passa nello STATO di TRASFERITO

- lista d'attesa accettante : l'inserimento del paziente richiede che vengano indicati
 - dati anagrafici o provenienza: "altro ospedale"
 - data di inserimento: la medesima data del primo inserimento in lista o medico di riferimento: Direttore dell'U.O o tipo di intervento chirurgico o tipo di anestesia o tipo di priorità
 - prescrizione profilo preoperatorio o tempo di attesa previsto : ricalcolato nella nuova lista d'attesa

Il paziente è nello STATO di INSERITO

L'intervento di "trasferimento" implica sempre che il paziente sia già stato inserito in lista d'attesa

- per permettere una corretta trasmissione dei dati sanitari da una lista ad un'altra quando il medico che ha in carico il paziente referta l'indicazione chirurgica
- per garantire la tracciabilità di tutto il percorso
- per garantire la continuità della presa in carico del paziente.

Il paziente al momento dell'inserimento in lista d'attesa sull'applicativo in uso presso l'U.O. deve essere informato dal medico che ci sono delle criticità nel rispetto dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico prescritto ma sono presenti a livello provinciale altre sedi che assicurano tempi di attesa inferiori. Quest'informazione potrà essere fornita al paziente al momento dell'inserimento in lista d'attesa, quando il sistema fornisce un tempo di attesa presunto superiore al tempo massimo per priorità clinica.

Il paziente di fronte a tale proposta può accettare o rifiutare la presa in carico da parte di un'altra U.O.

Se il paziente rifiuta viene a cadere il vincolo "contrattuale" del rispetto del tempo massimo di attesa.

Se il paziente, subito dopo l'inserimento in lista o a distanza di qualche giorno, desidera informarsi precisamente sui tempi di attesa provinciali del suo intervento chirurgico ed eventualmente scegliere un'altra sede di erogazione si deve rivolgere al Centro Unico di prenotazione Chirurgica (CUPCHIRURGICO).

Gli operatori del Centro Unico di prenotazione, che hanno a disposizione il "cruscotto provinciale dei tempi di attesa", informano l'utente dei tempi di attesa previsti per l'intervento chirurgico specifico e, su richiesta del paziente chiudono la posizione sulla lista d'attesa Aziendale (STATO TRASFERITO) e inseriscono il paziente nella lista d'attesa scelta (STATO INSERITO con motivazione "inserimento in lista da trasferimento"). Il paziente viene trasferito nella lista d'attesa di Stabilimento/Azienda richiesta con tutte le informazioni anagrafiche, sanitarie, tipologia di intervento, e la prescrizione del profilo preoperatorio. Il medico di riferimento del paziente trasferito nella nuova lista è routinariamente il Direttore dell'U.O. L'operatore del CUPCHIRURGICO ristampa il foglio informativo al paziente con tutte le informazioni, il nuovo periodo di attesa previsto e i telefoni di riferimento della nuova sede. Al paziente viene fatto firmare anche un modulo informativo e di consenso al trasferimento per il rispetto dei tempi di attesa.

Il paziente "trasferito" nella nuova lista non modifica le altre posizioni della lista d'attesa.

Il trasferimento in altra lista d'attesa provinciale può essere previsto anche per pazienti già inseriti in lista, durante il tempo di attesa, su richiesta degli stessi o come proposta dei medici dell'U.O. a seguito dello sfioramento dei tempi di attesa rispetto al periodo previsto per priorità clinica.

La modalità di trasferimento di lista sarà la medesima, a cura del CUPCHIRURGICO.

Il foglio informativo e il modulo di consenso sarà consegnato o inviato al paziente. Il paziente "trasferito" nella nuova lista, in base all' "anzianità di attesa" e alla priorità potrà modificare le altre posizioni della lista d'attesa.

Il paziente, subito dopo l'inserimento in lista d'attesa a seguito dell'indicazione chirurgica, potrà richiedere il trasferimento di lista d'attesa in qualunque CUPCHIRURGICO di Stabilimento/Azienda presente sul territorio

provinciale. Il percorso sopra descritto è valido per tutti i pazienti inseriti in lista d'attesa dal 1.1.2018 a tutt'oggi.

Il trasferimento in altra lista di Stabilimento/Azienda per gli utenti inseriti in lista d'attesa fino al 31/12/2017 sono previsti percorsi ad hoc a livello provinciale per il mantenimento o riduzione dei tempi di attesa che con sedute aggiuntive ma che non vanno ad intaccare gli score delle altre posizioni della lista d'attesa preesistenti nello specifico Stabilimento.

CRUSCOTTO PROVINCIALE DEI TEMPI DI ATTESA

Il cruscotto dei tempi di attesa per tipologia di intervento e priorità è uno strumento che permette di visualizzare i tempi di attesa di tutti gli interventi chirurgici in base alla sede erogativa (Azienda/Stabilimento). Il cruscotto mette a confronto tutti i tempi di attesa come se il paziente (che deve fare un intervento e ha una priorità clinica) venisse inserito nello stesso momento in ognuna delle liste di attesa di Azienda/Stabilimento presenti sul territorio provinciale.

Il tempo di attesa viene calcolato dall'applicativo automaticamente tenendo conto del tempo medio di attesa per l'intervento nell'ultimo anno (ultimi 365 giorni).

CUPCHIRURGICO (ipotesi organizzativa)

Si ipotizza di creare un accesso unico a livello di Azienda/Stabilimento e comunque in ogni sede in cui viene erogata attività ambulatoriale in cui il cittadino ha la possibilità di visionare i tempi di attesa a livello provinciale relativamente all'intervento chirurgico per cui è stato inserito in lista ed eventualmente chiedere il "trasferimento" nella lista di attesa dell'Azienda/Stabilimento con tempo di attesa inferiore

Il CUP CHIRURGICO deve avere i seguenti strumenti di lavoro:

- accesso al cruscotto provinciale dei tempi di attesa
- accesso agli applicativi SAP/ORMAWEB per visionare le liste di attesa ed eseguire il "trasferimento" di lista dei pazienti

Le funzioni del CUP CHIRURGICO non comprendono le attività di tipo sanitario come le chiamate del paziente né la gestione della lista d'attesa che sono demandate al CUNICO/prericovero e ai medici delle UU.OO.

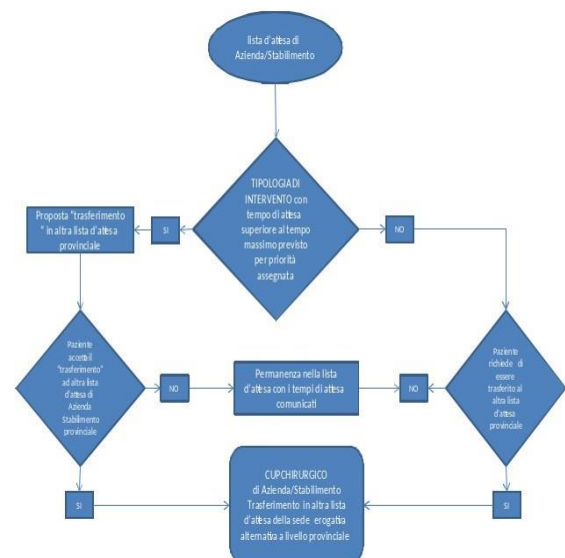
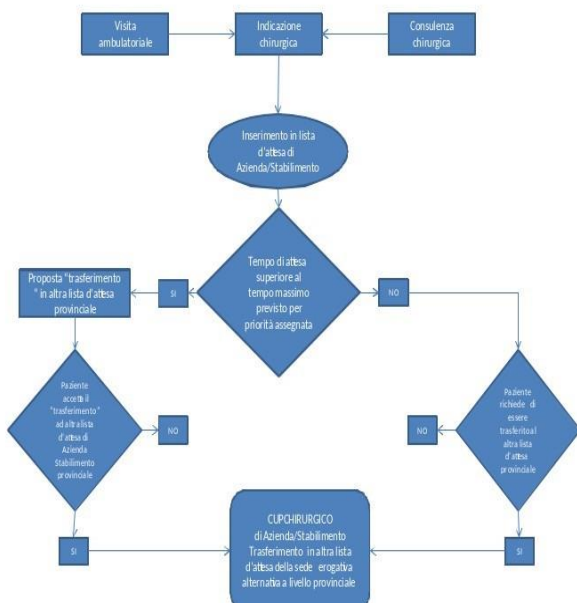
RISULTATI

Il progetto sopra descritto garantisce, nel rispetto della scelta del paziente, i migliori tempi di attesa per tipologia di intervento a livello provinciale, una corretta comunicazione, una garanzia di continuità di presa in carico del paziente e una "permeabilità" delle liste di attesa di Azienda/Stabilimento.

EVENTUALI COSTI

Costi di adeguamento degli applicativi informatici

Costi di adeguamento del personale dei punti CUPChirurgico variabile in base alla scelta di integrare la funzione in un punto di prenotazione già esistente o di creare un nuovo sportello.



PROGETTO CENTRALIZZAZIONE PRE RICOVERO NELLA'AOSPU DI MODENA

STRUTTURE COINVOLTE

DPS – Direzione Sanitaria – Direttori e Coordinatori UUOO Chirurgiche – SC Anestesia e Rianimazione - Cardiologia – Radiologia – Altre U.O. per le consulenze specifiche.

Referente: Nadia Lami

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il progetto nasce per rispondere alla recente DGR n.272 del 13/03/2017 con particolare riferimento alla standardizzazione dei percorsi pre-operatori e della gestione perioperatoria. Oltre all'attivazione di percorsi con i Clinici per la standardizzazione dei profili operatori condivisi si è evidenziata la necessità di centralizzare l'attività pre-operatoria in una unica sede. Il progetto per l'azienda Ospedaliera Policlinico di Modena è partito il 1 febbraio 2015 ed è stato esteso all'ospedale civile di Baggiovara a seguito della sperimentazione gestionale avviata dal primo gennaio 2017.

OBIETTIVO

Garantire l'omogeneità dell'accesso ai percorsi di preparazione pre-operatoria per tutti i reparti chirurgici, informatizzare la modalità di richiesta degli accertamenti ed individuare una unica sede per facilitare la presa in carico dell'utente e l'organizzazione dei percorsi.

METODI

1. individuazione una unica sede per permettere agli utenti un facile accesso per l'esecuzione dei prelievi, ECG, stesura della cartella per completamento diagnostico e visita anestesiológica.
2. Analisi del fabbisogno con le U.O. afferenti.
3. Individuazione del personale infermieristico dedicato.
4. Addestramento al sistema informatico centralizzato.
5. Sperimentazione con reparto pilota.
6. Estensione ai reparti

RISULTATI

Il percorso per la AUO ha permesso di centralizzare al giorno nr 80 percorsi pre-operatori su 5 giorni lavorativi lasciando la gestione delle urgenze ai reparti, per l'ospedale Civile San Agostino si prevede di centralizzare 45 percorsi al giorno su 5 giorni

CONCLUSIONI

Il progetto ha permesso di eliminare il flusso degli utenti ai reparti chirurgici per l'attività pre-operatoria, uniformato la modalità di richieste eliminando il format cartaceo e migliorato il controllo delle non conformità di gestione

PROBLEMA INIZIALE

Notevole variabilità organizzativa in merito ai percorsi di prericovero (sedi parcellizzate, modulistica cartacea, eccessiva personalizzazione degli accertamenti prericovero) L'azienda sanitaria ha inteso perseguire l'omogeneità dell'accesso ai percorsi di preparazione pre-operatoria per tutti i reparti chirurgici in entrambi i presidi ospedalieri, informatizzare la modalità di richiesta e creare una unica sede per l'accesso alle prestazioni al fine di una omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi, facendo propria la filosofia della presa in carico del caso.

OBIETTIVI

- Omogeneità dell'accesso ai percorsi di preparazione pre-operatoria per tutti i reparti chirurgici;
- informatizzare la modalità di richiesta;
- creazione di una unica sede per l'accesso alle prestazioni al fine di una omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi;
- presa in carico del paziente con equipè infermieristica dalla messa in lista al pre ricovero al ricovero.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Attività pianificata

1. Incontri con anestesisti per revisione profili;
2. Condivisione del percorso con i chirurghi;
3. Individuazione spazi per l'attività;
4. Revisione e pianificazione delle agende pre ricovero cardiologia;
5. Revisione e pianificazione agende pre ricovero radiologia. Individuazione del personale dedicato
6. Incontri con il personale dedicato
7. Condivisione del progetto
8. Pianificazione dei numeri per U.O.
9. Predisposizione agende per la prenotazione dei profili
10. Comunicazione a tutte le U.O. del percorso e delle regole

RISULTATI

Nel periodo che parte dal gennaio 2016 ad oggi

Ospedale Policlinico:

Gennaio 2016: 25/30 pre ricoveri giornalieri

Settembre 2017 termine arruolamento U.O.: 70/80 pre ricoveri giornalieri

Ospedale Civile:

Giugno 2017: 34 solo ECG ed esami, visite anestesilogiche con numeri dedicati solo per alcune U.O.

Novembre 2017: 43/45 Esami, ECG, visita anestesilogica in carico anche per le chiamate per le U.O. Chir Generale, NCH, DS e urologia, da integrare successivamente Chir Vascolare – Ortopedia

EVENTUALI COSTI

Non quantificati nello specifico

PROGETTO DI ISTITUZIONE DEL PUNTO AZIENDALE UNICO DI PRERICOVERO IN AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA

STRUTTURE COINVOLTE Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

REFERENTI: Fabi M., Balestrino A., Del Rio P., Manotti P., Ferrari A., Raboini I.

ABSTRACT

L'individuazione di un punto unico d'accesso aziendale per la gestione dell'attività di Prericovero e delle liste di prenotazione dei ricoveri programmati per l'attività chirurgica rappresenta una priorità strategica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il governo dell'accesso alle prestazioni chirurgiche programmate è uno degli aspetti già trattati nel D. Lgs 502/92 con approccio volto principalmente a garantire il principio di equità nell'accesso all'assistenza e alle prestazioni sanitarie.

Continua ad essere principio centrale, nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie, l'adozione di misure a garanzia dell'equità d'accesso ai servizi e dell' empowerment del cittadino nei percorsi di cura, compresi dunque gli strumenti per un efficace sistema di informazione e comunicazione.

Ogni azione organizzativa in un'Azienda sanitaria deve risultare migliorativa nei seguenti ambiti:

- orientamento dei cittadini all'interno del sistema sanitario;
- percorsi di appropriatezza clinica ed organizzativa;
- rispetto e trasparenza dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
- continuità assistenziale;
- corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale.

Le principali indicazioni normative per l'ambito dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato si sono evolute sino alla più recente D.G.R. 272/2017 recante "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna", che ha sancito necessità e modalità uniformi con cui le Aziende sanitarie devono governare l'accesso alle prestazioni di ricovero programmato nonché la sorveglianza e monitoraggio dei tempi di attesa delle stesse, mettendo in atto interventi per la riduzione degli stessi, elaborando i documenti correlati "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna" e "Piano gestione accesso prestazioni di ricovero programmato", con particolare attenzione ai criteri di composizione e scorrimento delle liste di attesa dei ricoveri programmati.

Oggetto di questo progetto è dunque quella funzione e quel luogo attraverso il quale i cittadini prendono contatto con la struttura sanitaria per avere garantite le prestazioni di ricovero programmato secondo criteri di equità, trasparenza e appropriatezza.

PROBLEMA INIZIALE

Le funzioni di Prericovero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono distribuite su 11 punti collocati nei diversi ambiti disciplinari aziendali, come di seguito riportati:

- Prericovero Chirurgico, che accorpa, all'interno di un'unica piattaforma logistica gli ambulatori chirurgici di diverse discipline specialistiche: Clinica Chirurgica Generale, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Urologia, Chirurgia della Cute e degli Annessi, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Senologica, Day Surgery;
- Prericovero di Chirurgia Plastica;
- Prericovero Ortopedico;
- Prericovero di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale;
- Prericovero Oculistico;
- Prericovero Neurochirurgico;
- Prericovero Cardiochirurgico e Cardiologico;
- Prericovero di Terapia Antalgica;
- Prericovero Dermatologico;
- Prericovero di Chirurgia Pediatrica;
- Prericovero Ostetrico-Ginecologico.

In ciascuno dei punti di Prericovero elencati è prevista la presenza di un Coordinatore Infermieristico e di Personale Sanitario (Infermieri) per la gestione, su indicazione clinica del Medico, dell'inserimento in lista dei pazienti in base alla classe di priorità indicata e per la programmazione delle prestazioni sanitarie a cui il paziente si deve sottoporre in preparazione all'intervento.

Anche nella piattaforma logistica ambulatoriale del prericovero chirurgico, che è l'unica realtà ad accogliere in un unico ambiente diverse specialità chirurgiche, insistono però tanti ambulatori specialistici quante sono le specialità chirurgiche presenti nell'elenco sopra descritto, con personale dedicato.

Ogni singolo ambulatorio che eroga l'attività di prericovero lavora in autonomia rispetto alla gestione della programmazione dell'attività chirurgica, alla gestione della lista d'attesa e alla programmazione delle indagini preoperatorie.

Dalla disamina dell'esistente emergono una serie di criticità dell'attuale organizzazione aziendale della funzione di prericovero individuando, quindi, i seguenti ambiti di miglioramento:

- modalità organizzative standardizzate con comportamenti uniformi nella gestione dell'accesso e dell'informazione al paziente;
- standardizzare i profili laboratoristici e diagnostici di supporto alla valutazione anestesiológica;
- omogeneizzare le modalità operative del Personale dedicato alla funzione di prericovero che ha sviluppato esperienze specialistiche rispetto alla gestione della casistica specifica;
- organizzare un coordinamento centrale che fornisca un adeguato supporto al monitoraggio e alla gestione della specifica attività di prericovero e della lista d'attesa (dall'inserimento in lista del paziente alla sua eventuale cancellazione dalla stessa per giustificati motivi) e che garantisca il rispetto dei tempi di presa in carico chirurgica.
- omogeneizzare le modalità di informazione al paziente rispetto alle sedi alternative di ricovero e in merito alle condizioni che possono determinare l'uscita dalla lista.

OBIETTIVI

Il Prericovero in quest'ottica deve affiancare alla funzione di erogazione di prestazioni sanitarie preparatorie all'intervento chirurgico programmato, anche quella di gestione e pianificazione di tali ricoveri e delle liste d'attesa e comunicazione con il paziente in questa fase. Diviene dunque non solo punto di erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali e consulenze specialistiche ma anche presidio di buon governo del processo e della tutela dei diritti dei cittadini e ciò dovrà passare attraverso l'individuazione di modalità uniformi di gestione delle agende di prenotazione con regole omogenee in tutte le articolazioni aziendali. E' qui che si identificheranno e verificheranno gli appropriati setting assistenziali per i diversi percorsi di cura programmati, ma è anche il luogo dove sarà possibile intercettare vulnerabilità socio-assistenziali che consentano di attivare per tempo percorsi intra ed extra ospedalieri adeguati alle singole fragilità. Il presente progetto prospetta un'interfaccia diretta tra il Punto Aziendale Unico di Prericovero e la Punto Unico di Dimissione, anch'esso in fase di progettazione, ciò al fine di individuare uno snodo nevralgico di scambio di informazioni cliniche e socio-assistenziali all'interno dell'intero percorso ospedaliero dalla fase di ingresso che in quella di presa in carico territoriale.

Il raggiungimento della fase finale del progetto permetterà, mediante la centralizzazione delle funzioni, una migliore allocazione delle risorse, nonché una valorizzazione di professionalità sanitarie ed amministrative.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

In base alle indicazioni delle linee di indirizzo regionali di pari oggetto ("Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna"), recepite nel regolamento aziendale per la gestione dei ricoveri chirurgici programmati, emanato con Delibera del Direttore Generale dell'AOU di Parma in data 08/03/2018, la funzione di un Punto Aziendale Unico di Prericovero è pensata come momento di sintesi e di coordinamento delle funzioni di tipo amministrativo e quelle di carattere strettamente sanitario (esami ematochimici secondo i profili definiti, consulenze e approfondimenti clinici e diagnostici). All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma realizzare questa sintesi nell'individuazione di un unico punto di accesso aziendale passa attraverso l'omogeneizzazione dei comportamenti gestionali con l'applicazione del regolamento aziendale succitato e l'identificazione di uno spazio fisico dedicato.

Tale funzione, deve poter essere svolta principalmente, ma non esclusivamente, da personale sanitario, in funzione delle competenze specifiche richieste nella gestione della lista d'attesa, oggi proprie delle figure di

profilo infermieristico all'interno dei vari punti di prericovero aziendali, e considerata la sensibilità sanitaria dei dati trattati. Deve però essere prevista una figura di profilo più prettamente amministrativo per fornire il supporto tecnico per tutta l'attività segretariale e documentale a corollario della gestione delle liste soprattutto in relazione alla trasmissione formale, normata dal Regolamento Aziendale, della comunicazione al paziente della sua potenziale cancellazione dalla lista.

A scopo di progettazione si distinguono le attività del Punto Aziendale Unico di Prericovero da quelle dei già presenti punti periferici ambulatoriali di prericovero.

Le funzioni poste in capo al Punto Aziendale Unico di Prericovero dovrebbero essere svolte da Personale Infermieristico coadiuvato da un Profilo Amministrativo e corrispondono alle azioni, declinate all'interno del Regolamento Aziendale, che di seguito si elencano:

- Verifica della correttezza (ai sensi della DGR 272/2017) di inserimento del paziente in lista d'attesa e della codifica mediante nomenclatore SIGLA;
- Monitoraggio Liste e Tempi d'attesa;
- Pulizia delle Liste;
- Gestione sospensioni e cancellazioni;
- Gestione della comunicazione ai pazienti attraverso le procedure concordate con i diversi interlocutori competenti;
- Invio delle raccomandate informative;
- Interfaccia con i punti di prericovero periferici ambulatoriali e coordinamento rispetto alla programmazione dell'attività elettiva, alla gestione della lista e alla comunicazione al paziente;
- Verifica della coerenza delle individuazioni dei diversi setting assistenziali con le indicazioni ministeriali/regionali;
- Condivisione della fasi di programmazione delle sedute operatorie;
- Invio e attivazione dell'iter di programmazione informatizzato e verifica attraverso gli strumenti gestionali quali i software ADT e di Sala Operatoria (ORMAWEB) ;
- Monitoraggio appropriatezza delle prestazioni effettuate in regime di prericovero;
- Monitoraggio del rispetto dei regolamenti aziendali e regionali all'interno dei prericoveri decentrati;
- Predisposizione delle informazioni per l'analisi e valutazione degli andamenti;
- Interfacce con Sistema Informativo Aziendale per le implementazioni di nuovi applicativi gestionali e manutenzione degli esistenti, e con il Controllo di Gestione per i debiti informativi nel confronto con la Direzione Sanitaria (SIGLA) e/o RER;
- Responsabilità degli atti amministrativi;
- Interazione per la gestione del processo con la Direzione Sanitaria, la Medicina Legale, il Controllo di Gestione e l'Urp.
- Interazione e confronto con punti periferici ambulatoriali di prericovero per la condivisione di situazioni di fragilità o di eventuali vulnerabilità intercettate in fase di prericovero (potendo attivare per tempo percorsi idonei percorsi socio-assistenziali)

Funzioni dei punti periferici ambulatoriali di prericovero afferenti al Punto Aziendale Unico di Prericovero

Per punto periferico ambulatoriale s'intende il luogo ove vengono erogate le prestazioni di carattere strettamente sanitario del Prericovero:

- programmazione ed esecuzione di visite mediche e consulenze specialistiche ed anestesologiche,
- programmazione ed esecuzione esami ematochimici secondo profili standard stabiliti,
- programmazione e gestione degli ulteriori approfondimenti diagnostici utili a stabilire l'idoneità all'intervento chirurgico;
- preparazione del paziente;
- l'intercettazione della fragilità o di eventuali vulnerabilità che permettano di attivare per tempo idonei percorsi socio-assistenziali, mediante la somministrazione di una scheda di rilevazione della potenziale difficoltà di dimissione (Blaylock risk assesment screening – BRASS).

Rimangono affidate alle funzioni ambulatoriali decentrate, in una prima fase di avvio del progetto, le seguenti attività nell'ottica di una progressiva centralizzazione:

- la comunicazione diretta al paziente del periodo indicativo di ricovero;

- l'inserimento del paziente in lista d'attesa.

Ulteriori Fasi di Implementazione future

Fase intermedia di progettazione

Elemento di cambiamento essenziale di questa fase consiste nella centralizzazione presso il Punto Unico Aziendale di Prericovero delle funzioni sopra definite. Rispetto alla numerosità dei pazienti presenti giornalmente all'interno degli ambulatori di prericovero (in media 70/die) appare credibile che nella fase intermedia le funzioni sopra declinate a carico dei punti di prericovero ambulatoriali continueranno ad essere svolte in maniera decentrata.

L'elemento che dovrà essere presidiato con maggiore attenzione sarà quello relativo alla stretta interfaccia tra Punto Aziendale Unico di Prericovero e punti periferici in questa fase, a fronte della diversa collocazione logistica. Un canale comunicativo costante dovrà essere previsto con particolare attenzione e continuità in merito alla valutazione su serie storica dell'ipotesi di data di ricovero.

Si ipotizza, inoltre, in questa fase la creazione di un front office telefonico che sappia orientare il cittadino rispetto alle sue necessità ed eventualmente indirizzare le telefonate verso i punti di prericovero ambulatoriali periferici.

Fase finale del progetto

A raggiungimento del completamento dell'attuazione del Progetto si ipotizza di centralizzare sugli spazi ulteriormente assegnati presso il Pad. Poliambulatori anche le funzioni dei punti di pre-ricovero ambulatoriali. L'elemento che in questa fase, dovrà essere presidiato con maggiore attenzione sarà quello relativo alla stretta interfaccia con le UU.OO. reclutanti i pazienti. Aspetto particolarmente cruciale sarà il coinvolgimento del Coordinatore del Punto Aziendale Unico di Prericovero nelle attività di programmazione (con riferimento alla programmazione dell'attività chirurgica, alla previsione di necessità di Terapia Intensiva Post-Operatoria e alla disponibilità di posti letto).

Infine per lo svolgimento delle funzioni degli ambulatori di prericovero, la correlazione con i Chirurghi, i Consulenti e i Servizi dovrà essere continuamente ponderata per verificare, rispetto al caso specifico, l'appropriatezza dell'applicazione dei protocolli standard di esami di Prericovero.

Avrà infine in questa fase massimo sviluppo l'interrelazione con il Punto Unico di Dimissione per la predisposizione di percorsi personalizzati per pazienti per i quali sin dalla fase di reclutamento si intercettino le già citate condizioni di vulnerabilità e fragilità.

RISULTATI

Il percorso di Istituzione del Punto Aziendale Unico di Prericovero permetterà un miglioramento nei confronti delle principali criticità dell'attuale organizzazione in punti separati, sino al completo superamento con le fasi finali: standardizzando percorsi e comportamenti per la gestione dell'accesso, uniformando e garantendo completezza all'informazione al paziente, individuando profili laboratoristici e diagnostici per valutazioni anesthesiologiche, rendendo più appropriate e conformi ai dettami normativi le indagini diagnostiche contenute nel percorso di prericovero, individuando specifiche modalità operative del Personale dedicato alla funzione di prericovero e permettendo allo stesso la valorizzazione dell'esperienza maturata e della vocazione specifica.

Il processo di centralizzazione di molte importanti funzioni garantirà anche una maggiore capacità da parte dell'Azienda di monitoraggio di processi e sottoprocessi che incidono sui tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico programmato, mentre l'appropriatezza delle modalità operative sarà rispettosa delle specificità di percorsi clinici.

L'uniformità dei percorsi sarà garanzia di equità per il cittadino e di più razionale allocazione delle risorse.

La possibilità di centralizzare numerose fasi della gestione delle liste d'attesa (pulizie ordinarie e straordinarie delle liste d'attesa, monitoraggio e verifiche delle lunghe sospensioni, valutazione delle condizioni per l'eventuale cancellazione di pazienti in base alla normativa con modalità a garanzia della completa e reiterata informazione del cittadino) permetterà una maggiore fungibilità, rappresentatività ed equità delle liste d'attesa, prospettando anche una maggiore trasparenza ed un incremento del rispetto dei tempi massimi previsti.

Questi ultimi aspetti sono elemento che indissolubilmente si unirà alla possibilità di creare un front office che farà da riferimento informativo unico per il cittadino sul tema.

Integrando questo progetto con altro progetto aziendale in corso di attuazione (Istituzione del Punto Unico di Dimissione), con anche la possibilità di individuazione di una sede logistica unica, si renderà possibile l'intercettazione dei soggetti in condizioni di fragilità e una presa in carico globale ed unitaria nell'intero percorso dei soggetti fragili, in integrazione con l'Azienda Territoriale ed i Servizi con competenze sociali.

EVENTUALI COSTI

/

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANESTESIOLOGICO PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE PROGRAMMATE E DEFINIZIONE DEI PROFILI PREOPERATORI NELL' AUSL DI MODENA

STRUTTURE COINVOLTE

Direzione Operativa Logistica Integrata e Gestione operativa dei percorsi chirurgici
Discipline chirurgiche E Anestesia e rianimazione Aziendali
Patologia Clinica Azienda USL Modena
Servizi di prericovero Aziendali
Radiologia Area Nord Azienda USL Modena

Referente: Maria Iris Grassi

ABSTRACT

È noto che l'esecuzione degli accertamenti preoperatori ha lo scopo di fornire informazioni sulle condizioni di salute del paziente per valutarne il rischio anestesio logico correlabile all'intervento chirurgico. L'obiettivo di tali accertamenti dunque, è di permettere all'anestesista e al chirurgo di operare nelle condizioni migliori e con le tecniche più appropriate, portando tendenzialmente a zero il rischio per il paziente.

PROBLEMA INIZIALE

Negli Ospedali della provincia di Modena, a parità d'intervento chirurgico previsto, non è garantita omogeneità di trattamento nella fase di pre-ricovero per la definizione del rischio anestesio logico. Scopo della Procedura è l'utilizzo di profili di pre-ricovero (PPR) e di attività di preparazione all'intervento chirurgico uniformi in grado di garantire omogeneità di trattamento a tutti i Cittadini in attesa d'intervento chirurgico ordinario. L'utilizzo di PPR sostenibili, appropriati, e aggiornati secondo le migliori evidenze scientifiche massimizza le sinergie tra le diverse Equipe chirurgiche e limita il rischio di problematiche in caso di eventuali re-indirizzamenti del Cittadino in attesa d'intervento chirurgico nelle diverse sale operatorie.

OBIETTIVI

Uniformare i profili di pre-ricovero (PPR) di valutazione del rischio anestesio logico per intervento chirurgico programmato negli ospedali della azienda USL di Modena.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il presente Progetto si inserisce all'interno del processo di riorganizzazione del Percorso Chirurgico Aziendale e finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, come da Delibera della Regione Emilia Romagna 272/2017.

Come per le prestazioni ambulatoriali, anche per le prestazioni di ricovero programmato gli aspetti relativi all'appropriatezza assumono un rilievo diretto rispetto alla garanzia di corretto utilizzo delle risorse e governo dei tempi di attesa. Anche in continuità con i contenuti della DGR 2040/2015 e delle linee di programmazione 2016 (DGR 1003/2016) si sottolineano i seguenti aspetti particolarmente rilevanti rispetto all'obiettivo di standardizzare il percorso del paziente chirurgico e di raggiungere criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica.

- Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria.
- Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità.

Nell'ambito del processo di standardizzazione del percorso chirurgico sono inoltre stati definiti differenti "setting" assistenziali di erogazione delle prestazioni chirurgiche per le differenti discipline attraverso la condivisione di criteri clinici e organizzativi.

La modalità di lavoro utilizzata è stata l'istituzione di due Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali con le seguenti finalità

Gruppo di lavoro per la definizione delle classi di priorità per gli interventi chirurgici programmati definizione setting assistenziali.

Gruppo di lavoro costruzione profili pre-operatori (PRP) (In corso di stesura il documento finale)

Il Gruppo di Lavoro multiprofessionale e multidisciplinare è costituito da: Anestesisti, Chirurghi di diverse discipline (chirurgia generale, ortopedia, urologia, ginecologia, otorinolaringoiatria, oftalmologia, odontoiatria) e infermieri dei Servizi Pre-ricovero, afferenti ai 4 Ospedali dell'Azienda USL (Pavullo, Vignola,

Carpi e Mirandola). L'Ospedale di Sassuolo è stato invitato a partecipare al lavoro e ha preferito partecipare, attraverso la presenza della Direzione sanitaria in qualità di "Uditore".

Di seguito viene presentato il risultato del primo Gruppo di lavoro Profili pre operatori.

Le fasi di lavoro per l'elaborazione del documento su profili pre operatori ordinari hanno previsto:

1. Identificazione dei componenti del gruppo di lavoro
2. Invio a tutti i partecipanti del materiale informativo e della bozza di lavoro
3. incontri in presenza per la discussione della bozza di lavoro
4. preparazione del documento su Profili preoperatori ordinari

Il Gruppo di lavoro multi professionale e multi specialistico è composto di Operatori afferenti ai diversi Ospedali dell'Azienda USL di Modena e del Nuovo Ospedale di Sassuolo. I componenti del Gruppo di lavoro sono stati individuati dai Direttori di Dipartimento delle varie aree Specialistiche. Ai componenti del gruppo di lavoro è stato inviata via mail una raccolta di lavori scientifici da analizzare contenuti nella Bibliografia del presente documento. Sono state inviate in formato PDF anche diverse procedure che descrivono l'attività di pre-ricovero chirurgico presente in alcuni Ospedali della Provincia (fonte QSan). Dopo l'invio del materiale sono stati previsti e calendarizzati alcuni incontri in presenza. Durante gli incontri sarà analizzata la Letteratura inviata e saranno discusse le attuali consuetudini/esperienze di lavoro in tema di profili pre-operatori con l'obiettivo finale di stilare un documento di riferimento valido per tutte le aree chirurgiche dell' Azienda USL di Modena e del Nuovo Ospedale di Sassuolo. Per agevolare la progressione dei lavori sono stati proposti una serie di quesiti sui quali i componenti del gruppo saranno inviati a confrontarsi.

Quesiti per agevolare la progressione dei lavori

QUESITI	
METODOLOGIA DEI 3 PENSIERI DOMINANTI Le ragioni per ogni pensiero dominante (perché si) Fatti e limiti per ogni pensiero dominante (perché no)	
1° QUESITO	Fatto salvo le diverse tipologie di intervento, le caratteristiche dei pazienti, del contesto, delle risorse disponibili, eventuali situazioni straordinarie, è possibile circoscrivere a due tipologie di profili ematici il pre-operatorio ?
2° QUESITO	La visita anestesiológica è necessaria anche negli interventi ambulatoriali ?
3° QUESITO	ECG è sempre necessario in tutti i percorsi pre operatori ?
4° QUESITO	nel caso sia stato eseguito un ECG occorre anche la visita cardiologica ?
5° QUESITO	RX torace in quali percorsi pre-operatori è indicato ?
6° QUESITO	in quali condizioni e quando eseguire funzionalità respiratoria ?
7° QUESITO	in quali condizioni e quando eseguire visita laringoscopica ?
8° QUESITO	visita specialistica (intervento chirurgico) a che data dalla giornata dell'intervento ?
9° QUESITO	chi e quando raccoglie il consenso informato ?
10° QUESITO	se necessaria, quando avviene la stesura della cartella clinica ?
11° QUESITO	chi decide la sospensione di eventuali terapia farmacologiche in corso ?
12° QUESITO	quale validata temporale hanno gli esami pre-operatori ?
13° QUESITO	lo screening infettivologico quando è necessario ?
14° QUESITO	quando eseguire esami per eventuali trasfusioni ?
15° QUESITO	Hb glicata quando è indicata ?
16° QUESITO	Quali sono le informazioni da trasmettere per preparare il paziente adulto prima del suo ingresso in sala operatoria (cute, tricotomia, digiuno, etc) ?
17° QUESITO	quale strumento per la tracciabilità del percorso preoperatorio ?
18° QUESITO	chi comunica al Paziente la data dell'ingresso per l'intervento ?

Risultati

Il processo che porta alla risposta dei bisogni di salute del Cittadino attraverso un intervento chirurgico prevede una fase iniziale identificabile con il pre-ricovero (PR). La fase di pre-ricovero ineludibile nelle condizioni di accesso ordinario al ricovero per intervento chirurgico (esclusione emergenze) prevede una serie di attività diagnostiche, assistenziali e di presa in carico assolutamente necessarie per l'esecuzione in sicurezza dell'intervento chirurgico. L'identificazione degli esami diagnostici a cui sottoporre il Paziente nel percorso pre operatorio prevede una stratificazione in funzione delle variabili legate a:

- complessità delle procedure chirurgiche
- predittori di rischio clinico (CR)
- rischio anestesiológico (ASA)

Gli esami ritenuti utili devono essere in grado di determinare una valutazione pre-operatoria appropriata, riducendo il numero dei test effettuati in assenza di indicazioni cliniche, eliminando ritardi o cancellazioni di interventi chirurgici a causa di una valutazione pre operatoria inadeguata.¹

Nella PRP sono presenti i seguenti accertamenti diagnostici:

- Visita anestesiologicala
- Radiografia del Torace (RX Torace)
- Elettrocardiogramma (ECG)
- Visita cardiologica
- Esami ematici (1.emocromo 2. PT-PTT 3. creatinina 4. eGFR)
- Emogas-analisi arteriosa (EGA)
- Test gravidanzaa
- Hba1c
- Screening infettivo (1.urinocultura 2. tampone nasale)
- Esami immunoematologici
- Test funzionalità respiratoria

Chirurgia Minore (ambulatorio-day surgery)	Visita Anestes.	C R B A S S O	RX torace	ECG	Esami ematici 1.emocromo 2.PT- PTT 3.creatinina 4.eGFR	Emogas Arteriosa	Test Grav.	Hba1c	Scren. Infetti v.	Esami Immu n.	Visita cardio	Funz. Respir	ASA	Valid. Esami In mesi	
	No (escluso narcosi+ spinale)		NO	NO	NO	NO	(&)	NO	NO (U)	NO	NO	NO	1	RX torace (6)	
	No (escluso narcosi+ spinale)		NO	NO	NO	NO					NO	NO	2	ECG (12)	
	SI (escluso anestesia topica + oculist.)		NDR	SI (Se uno piu fatt. rischio)	SI (escluso anest. Topica + oculist.)	NDR in caso sospetta patologia respiratoria					NDR	NDR	3 4	ECG Crdp (3)	
Chirurgia Intermedia (day surgery)	Visita Anestes	C R I T E R M E D I O	RX torace	ECG	Esami ematici	Emogas	Test Grav	Hba1c	Scren. Infettiv.	Esami Immun.	Visita cardio	Fun. Respir	ASA	Vallid esami	
	SI		NDR	SI	SI	NDR (in caso sospetta patologia respiratoria)	?	NO	NO (U)	NO	NO (Se uno piu fatt. rischio)	SI	NDR	1	EMAT. (6)
			NDR											2	RX torace (6)
			SI >60 \\ ANMNS +											3 4	ECG (12) ECG Crdp (3)
Chirurgia maggiore (ricovero ordinario)	Visita Anestes	C R A L T O	RX torace	ECG	Esami ematici	Emogas	Test Grav	Hba1c	Scren. infettiv.	Esami Immun	Visita cardio	Fun. Respir	ASA	Valid. esami	
	SI		SI	SI	SI	NDR (in caso sospetta patologia respiratoria)	(&)	§	NO (@) (U)	NDR (probab - specific a)	SI	NDR	1	EMAT. (3)	
													2	RX torace (6)	
													3 4	ECG (12) ECG Crdp (3)	

EVENTUALI COSTI

/

AGGIORNAMENTO E OMOGENEIZZAZIONE DEI PROFILI PREOPERATORI PER GLI INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e Azienda USL di Ferrara

REFERENTI: Maria Giorgetti Giuseppe Franchino

ABSTRACT

Non esistono attualmente profili preoperatori per categorie di intervento e rischio clinico condivisi fra le due Aziende , Ospedaliera e USL, della provincia di Ferrara che permettano un'uniformità del percorso di prericovero nei diversi Stabilimenti/ospedali dove viene erogata attività chirurgica.

Presso l'Azienda Ospedaliera, ospedale di Cona, a seguito di una revisione e condivisione interna fra professionisti, dal 2012 sono in uso profili standard preoperatori per categorie di intervento e fattori di rischio clinico del paziente. All'atto dell'inserimento in lista d'attesa il medico deve obbligatoriamente prescrivere il profilo preoperatorio mediante la compilazione di una checklist informatizzata. Il profilo visualizzato dal Servizio unico aziendale CUNICO, costituisce il set base di accertamenti prenotati in un unico accesso a cui viene sottoposto il paziente. Il Cunico, in base alla programmazione operatoria, contatta i pazienti e si occupa della programmazione di tutti gli esami previsti fino alla visita anestesiológica che conclude il percorso con la classificazione del rischio anestesiológico e la definizione dell'idoneità all'intervento.

Presso l'Azienda USL i profili preoperatori per categoria di intervento sono condivisi all'interno di ogni Stabilimento, vengono prescritti dal medico chirurgo e comunicati tramite apposita modulistica al Servizio di prericovero che, analogamente al Cunico, si occupa della programmazione di tutti gli esami previsti fino alla visita anestesiológica che conclude il percorso.

La standardizzazione dei profili preoperatori all'interno delle Aziende Sanitarie della regione è un obiettivo della Delibera 272/2017. Un gruppo di lavoro regionale istituito con Determina 14071/2017 ha recentemente redatto profili standard preoperatori come linee di riferimento regionale .

In linea con i profili standard regionali, l'aggiornamento dei profili preoperatori attualmente in uso presso le due aziende provinciali e la condivisione interaziendale di un uniforme percorso di gestione perioperatoria dei pazienti sarà l'elemento che assicurerà appropriatezza e faciliterà la "permeabilità" delle liste d'attesa chirurgiche presso tutte le sedi erogative a garanzia del rispetto dei tempi di attesa su tutto il territorio.

PROBLEMA INIZIALE

I profili preoperatori diversi presso le sedi erogative dell'attività chirurgica a livello provinciale costituiscono una potenziale causa di inappropriata e un aspetto critico nel percorso di "trasferimento" del paziente in liste d'attesa provinciali "permeabili"

OBIETTIVI

1. uniformare i profili preoperatori provinciali in linea con le linee di indirizzo regionale
2. uniformare il percorso di prescrizione e presa in carico a livello provinciale

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Condivisione dell'aggiornamento e omogeneizzazione dei profili preoperatori provinciali in linea con le linee di indirizzo regionali in gruppi di lavoro interaziendali. Il progetto dovrà prevedere una modalità prescrittiva informatizzata che garantisca la trasmissione e la visualizzazione di tutte le informazioni in qualsiasi punto erogativo provinciale per la completa presa in carico preoperatoria del paziente dopo il trasferimento di lista d'attesa, quando previsto, indipendentemente dalla sede (Stabilimento/Azienda) di provenienza.

RISULTATI

presenza di profili preoperatori standard per tipologia di intervento prescrivibili all'atto dell'inserimento in lista d'attesa chirurgica da parte di tutti i medici chirurghi indipendentemente dall'Azienda di appartenenza e validi in qualsiasi sede erogativa provinciale.

COSTI

Adeguamenti degli applicativi informatici.

GESTIONE DEL PRE-RICOVERO PER INTERVENTO PROGRAMMATO CHIRURGICO - AUSL DI REGGIO EMILIA

STRUTTURE COINVOLTE

Anestesia e UOC /SSD Chirurgie Generali, Specialistiche (otorino, ortopedia ecc..) della azienda USL di Reggio Emilia.

REFERENTI: Maria Teresa Montella Paolo Stefanini Lesley De Pietri Angelo Ghiraduzzi Alessandro Navazio Roberto Baricchi Maurizio Pocaforza

ABSTRACT

La letteratura e le linee guida fino ad oggi prodotte evidenziano che i profili pre-operatori utilizzati presso le Strutture Ospedaliere hanno basso *value* ed alto impatto economico: gli esami pre-operatori di fatto non cambiano l'indicazione chirurgica e/o la tecnica anestesologica se non in misura minima. E' bene rammentare che gli esami pre-operatori non sono esami di screening ma finalizzati a fornire informazioni diagnostiche aggiuntive rispetto all'anamnesi del paziente; tali prestazioni pertanto devono essere richieste se è previsto un cambiamento delle strategie terapeutiche anestesologiche o chirurgiche.

Pertanto, al fine di verificare l'appropriatezza clinica e la coerenza con le LG prodotte fino ad oggi, è stato predisposto un tavolo di lavoro all'interno dell'Azienda USL di Reggio Emilia in conformità alle indicazioni della delibera 272/2017 composto da anestesisti, chirurghi, cardiologi, medici del servizio di medicina trasfusionale e medici del governo clinico con l'obiettivo di riverificare raccomandazioni sui principali test preoperatori quali: Rx torace, elettro-cardiogramma (ECG), esami ematochimici, glicemia, emogasanalisi, test per lo studio dell'emostasi, studio della funzionalità renale, cardiaca e polmonare, tenendo conto della letteratura di cui in bibliografia (vedi sotto)

PROBLEMA INIZIALE

Nell'anno 2017 è avvenuta l'integrazione delle Aziende del territorio di Reggio Emilia. Tale integrazione, per la Direzione strategica, è stata un'occasione per riprogettare/ripensare i percorsi clinici ed individuare nuovi assetti e funzioni. In questo quadro organizzativo si iscrive la funzione di *operation management/gestione operativa*.

Obiettivo primario della fusione reggiana è stato quello di realizzare sinergie tra i professionisti ed una maggior appropriatezza clinica ed organizzativa (fare la cosa giusta, al paziente giusto nel giusto *setting*). Inoltre il nuovo assetto aziendale prevede modelli organizzativi innovativi quali: gli ospedali caldi e freddi, *focus factory*, le *équipes* itineranti; in particolare per quanto attiene alle *équipes* itineranti una tra le difficoltà incontrate nell'applicazione del modello organizzativo è stata quella di allineare i percorsi clinici e la cultura dei diversi operatori preposti al processo di assistenza. In tale contesto si iscrive il progetto di revisione degli esami pre-operatori, di standardizzazione dei profili pre-operatori e di una scheda e cartella anestesologica su scala aziendale, che permetta di non ripetere gli esami e la valutazione anestesologica in caso di spostamento di pazienti nelle diverse strutture ospedaliere della AUSL (questa gestione della valutazione anestesologica su più sedi consente ovviamente di minimizzare i tempi di attesa chirurgici). Nel corso dell'anno 2017 è stata predisposta una capillare formazione per rendere operativa la procedura summenzionata.

Nel corso dell'anno 2017 sono state spostate, in accordo con i pazienti, alcune casistiche chirurgiche predefinite (colecisti, ernie inguinali) dalle sedi con maggior tempo di attesa a quelle con uno inferiore, per offrire al paziente un'attesa temporale conforme al codice priorità assegnato.

OBIETTIVI

- Standardizzare il percorso pre-ricovero del paziente definendo a priori i criteri utilizzati.
- Garantire una corretta, appropriata e sicura preparazione all'intervento chirurgico programmato individuando, alla luce delle evidenze scientifiche, gli esami da effettuare in chirurgia elettiva nei pazienti con e senza comorbidità sottoposti ad una procedura chirurgica in presenza dell'anestesista.
- Assicurare un adeguato tempo pre-operatorio tenendo conto dei codici di priorità.
 - Evitare di ripetere esami pre-operatori e valutazione anestesologica.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è stato accompagnato dalla formazione e in seguito sarà informatizzato.

Il paziente pertanto verrà valutato dal chirurgo che predisporrà una scheda ed una proposta di ricovero altresì detta **grading chirurgico**. Questo è inizio del percorso paziente. E' mandatorio che il chirurgo indichi oltre all'intervento il grado di invasività della procedura chirurgica (durata, perdite ematiche ecc.); quest'ultima informazione è determinante per la richiesta di esami ed i profili da predisporre.

E' bene segnalare che in casi particolarmente complessi in cui non è ancora definita con certezza l'indicazione chirurgica (es. ch oncologica maggiore) e per la quale necessitano ulteriori approfondimenti, verrà compilata un'ulteriore sezione della proposta. Questa fase permetterà di terminare il **grading chirurgico** in maniera specifica ed appropriata pur non avendo ancora inserito il paziente in lista di attesa. Questa fase del processo è solitamente gestita da personale dedicato (case manager o infermier esperta). Terminato l'iter summenzionato, a **gradign chirurgico concluso**, la proposta di ricovero potrà essere inserita in lista di attesa.

Nei casi semplici, in cui non è richiesta la stadiazione sopra descritta, l'inserimento il lista sarà immediato.

Le schede di pre-ricovero chirurgico che danno inizio al percorso paziente sono sintetizzate nelle slides di seguito esposte:

The image shows three medical forms related to surgical pre-admission. The first form, 'PROPOSTA DI RICOVERO / INTERVENTO CHIRURGICO PERCORSO ORDINARIO', includes patient anamnesis, intervention details, and clinical priority classification. The second form, 'ESAMI EMATICI PREOPERATORI', details laboratory tests such as hematology, coagulation, and liver/kidney function. The third form, 'PROPOSTA DI RICOVERO / INTERVENTO CHIRURGICO GRADING CHIRURGICO (COMPLESSO)', provides a more detailed patient history and lists specific diagnostic tests for complex cases.

Terminata la valutazione chirurgica, il paziente viene inviato all'anestesista.

La scheda anestesiological è rappresentata nelle slides di seguito esposte ed indica anche il percorso di richiesta di eventuali consulenze cardiologiche o trasfusionali

The image displays three forms for the anesthesiology pathway. The 'Percorso Preoperatorio GRADING ANESTESIOLOGICO' form covers patient anamnesis, preoperative evaluation, and respiratory, cardiovascular, and other organ systems. The 'PRECEDENTI INTERVENTI' form records previous surgical and medical treatments. The 'APPROFONDIMENTI CLINICO-DIAGNOSTICI' form lists further clinical and diagnostic investigations, including echocardiography, pulmonary function tests, and laboratory work.

TERAPIA ANTIAGGREGANTE/ANTICOAGULANTE (vedi schema di riferimento)

o Paziente NON in terapia antiaggregante/anticoagulante

o Inizio al centro oncologici di riferimento

o Inizio al cardiologo

o Gestione da parte dell'anestesista:

Scegliere il protocollo e consegnarne una copia dello schema al paziente

Sospensione TAO

o prof. A - **Desaggio Terapeutico**

o prof. B - **Desaggio Profilattico**

Sospensione NAO

o prof. C - **Rischio Emorragico Trascurabile**

o prof. D - **Rischio Emorragico NON Trascurabile**

Sospensione ANTIAGGREGANTI

o prof. E - **Chirurgia NON cardio-vascolare**

o prof. F - **Chirurgia cardio-vascolare**

D:\01\2016 (data compilazione) | Medicina Anestesiologica Pre-operatoria | FORME CC - data revisione - 01_10

ECG & VISITA CARDIOLOGICA

INDICE DI LEE

L'indice di Lee fornisce una stima della probabilità di infarto miocardico/ictus cerebrale del singolo paziente.

A. Pazienti a **basso rischio** possono essere avvisati direttamente al chirurgo (altamente proba essere conseguita un'ulteriore riduzione del rischio tramite opportuna strategia)

B. Pazienti a **rischio più elevato** ulteriori indagini non invasive potranno essere eseguite nei casi in cui l'esito di questi esami può modificare l'approccio gestionale.

FATTORI DI RISCHIO	PUNTEGGIO
Anamnesi positiva per cardiopatia ischemica	0.1
Anamnesi positiva per scompenso cardiaco	0.1
Anamnesi positiva per ischemia cerebrale (ictus o TIA)	0.1
Diffusione renale (VFG sec. Cockcroft <=60 ml/min o creatinina > 2 mg/dl)	0.1
Diabete mellito insulino-dipendente	0.1
Intervento chirurgico ad alto rischio	0.1

INDICE DI LEE

Indice di Lee >=2 → **Rischio cardiologico operatorio ELEVATO**

Indice di Lee <=2 → **Rischio cardiologico operatorio INTERMEDIO**

Indice di Lee <2 → **Rischio cardiologico operatorio BASSO**

Indice di Lee < 2

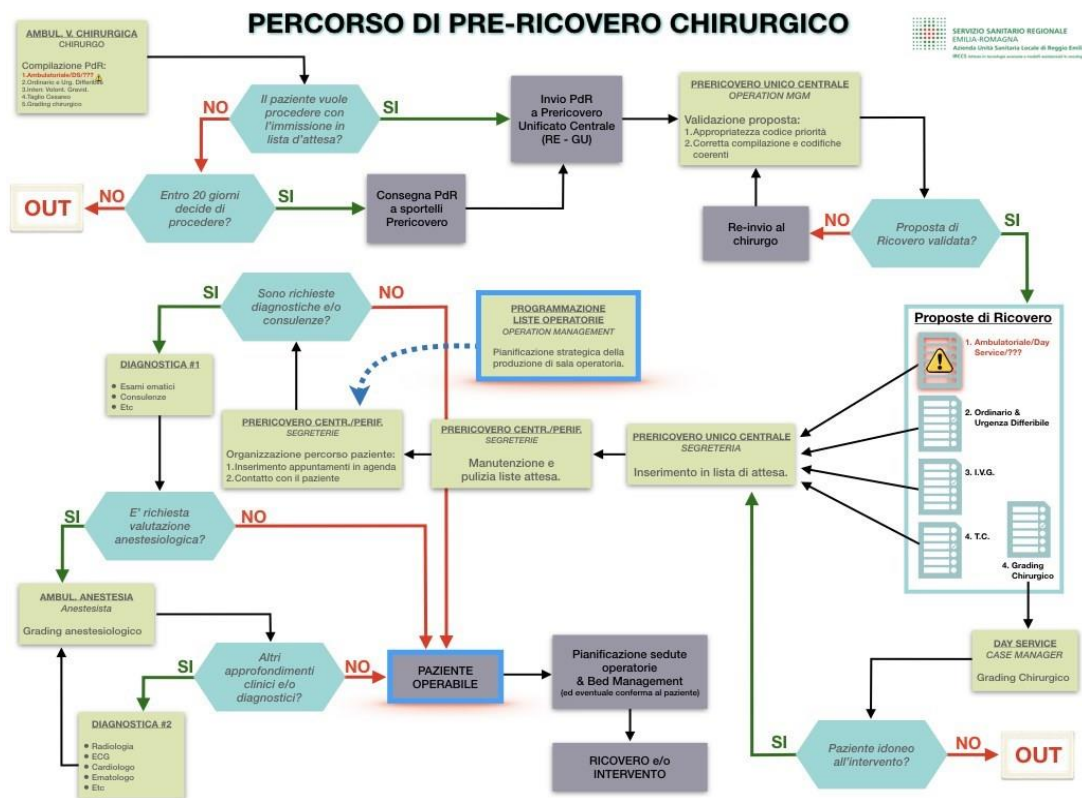
- Ch. Basso Rischio: o nulla
- Ch. Medio Rischio: o ECG
- Ch. Alto Rischio: o ECG + V. Cardiol.

Indice di Lee >= 2

- Ch. Basso Rischio: o ECG
- Ch. Medio Rischio: o ECG + V. Cardiol.
- Ch. Alto Rischio: o ECG + V. Cardiol.

D:\01\2016 (data compilazione) | Medicina Anestesiologica Pre-operatoria | FORME CC - data revisione - 01_10

Tale scheda oltre agli obiettivi summenzionati consente di trasferire il paziente i ogni punto di erogazione delle prestazioni chirurgiche senza dover ripeterela visita anestesiologica e gli esami ciò in rispondenza della delibera 272. La formazione si è svolta nel mese di ottobre in tutti i presidi dell'azienda, rivolta a tutti gli operatori è stata messa in atto da anestesisti, angiologi, cardiologi e medici di medicina trasfusionale. Il percorso completo del paziente è descritto nella seguente flow-chart:



RISULTATI

I risultati attesi in linea con la letteratura sono stati:
Uniformità di comportamenti
Riduzione del numero di esami e visite ripetute

EVENTUALI COSTI

Informatizzazione del percorso.

Sistema informativo (ICT)	
QUATTRO TERRITORI UN'UNICA AZIENDA - AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	
STRUTTURE COINVOLTE: UO CHIRURGICHE DELL'AMBITO AZIENDALE	
Referente: Romeo Giannei	
PROBLEMA INIZIALE	
<p>L'Azienda USL della Romagna è composta da 4 ambiti (ex aziende) che operavano in maniera disomogenea e con programmi informatici differenti, alcuni dei quali obsoleti.</p> <p>Il RUA insieme al gruppo di lavoro locale SIGLA ha quindi deciso di implementare uno strumento informatico unico partendo dall'ambito di Ravenna il quale utilizzava un software in dismissione.</p>	
OBIETTIVI	
Utilizzare un unico programma software aziendale con l'obiettivo di gestire in modo uniforme le liste di attesa dei ricoveri programmati e di monitorare ed analizzare l'attività di sala operatoria.	
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p>1) scelta del sistema software (LOG 80) prendendo come riferimento quanto indicato nella Circolare n. 7/17</p> <p>2) inizio nei mesi di novembre-dicembre 2017 partendo dall'ambito di Ravenna per poi procedere verso gli ambiti di Cesena e Rimini (a Forlì l'applicativo era già presente)</p> <p>3) incontri formativi con gli operatori sanitari (medici ed infermieri) riguardanti l'utilizzo del sistema</p> <p>4) implementazione del programma in modo da adeguarlo all'organizzazione presente in ogni ospedale</p> <p>6) creazione di una piattaforma informatica che consenta un monitoraggio in tempo reale della situazione dei tempi di attesa su tutto il territorio aziendale.</p>	
RISULTATI	
Si prevede di completare il processo di informatizzazione entro l'anno 2018.	
EVENTUALI COSTI	
<i>Modifiche software</i>	

GESTIONE INFORMATICA DELLE LISTE DI ATTESA DELL'AUSL DI MODENA

STRUTTURE COINVOLTE

Direzione Operativa Logistica Integrata e Gestione operativa dei percorsi chirurgici
Ingegneria clinica aziendale
ICT aziendale

Referente: Valeria Mignatti

ABSTRACT

Nel 2017 è stata fatta un'analisi approfondita insieme alla Direzione operativa e sono state apportate modifiche significative all'applicativo, per permettere un utilizzo agevole ed efficiente al personale e, soprattutto, per dare la possibilità alla Direzione Operativa di monitorare costantemente l'andamento e le fluttuazioni della domanda e della capacità produttiva (come citato dalla dr.ssa Grassi).

PROBLEMA INIZIALE

La Direzione Operativa non disponeva di strumenti efficaci per il monitoraggio e gli utenti avevano un sistema/applicativo che non li aiutava nella programmazione dei ricoveri e nell'individuazione dei pazienti prossimi alla data di 'sfornamento'.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Gli sforzi informatici che sono stati fatti avevano come iniziale obiettivo di fornire agli operatori uno strumento (applicativo) più duttile che li aiutasse nel loro lavoro giornaliero di inserimento, pianificazione e ricovero dei pazienti chirurgici. Da un applicativo più efficiente si è arrivati alla costruzione di strumenti di monitoraggio che fossero basati su dati aggregati e fruibili in tempo reale per permettere di prendere decisioni strategiche alla Direzione Operativa.

Sono stati inizialmente migliorate le visibilità delle informazioni sull'applicativo con:

- Evidenziazione iconografica diversa ('croce') dei pazienti deceduti
- Alert di colori diversi che indicano quanti giorni 'residui' mancano alla data di 'sfornamento'
- Evidenza dei giorni di sospensione e dei giorni residui

Poi si è iniziata un'analisi insieme alla Direzione Operativa sulla corretta gestione dei pazienti inseriti in liste ambulatoriali chirurgiche.

Questo nuovo strumento che si baserà sull'integrazione degli applicativi già presenti in AUSL (ADT, Prescrizione PSM, LISA-registro operatorio e sistema ambulatoriale G2clinico), permetterà di avere un unico contenitore dei pazienti in lista, indipendentemente dal regime di erogazione (ambulatoriale o di ricovero), automatizzando attività come la prescrizione di ricetta dematerializzata nel caso di pazienti ambulatoriali e renderà più veloce la pianificazione e la refertazione degli interventi chirurgici ambulatoriali.

Con l'arrivo delle nuove specifiche di SIGLA 2.0 ((P1.22-17 SPF SIGLA - revisione specifiche per adeguamenti a linee guida e P1.22-17 SPA SIGLA HL7 Revisione specifiche per adeguamenti a Linee Guida) si è lavorato sull'applicativo delle liste di attesa per permettere l'inserimento del nuovo nomenclatore SIGLA e per gestire tutti i nuovi stati previsti .

L'applicativo ha avuto bisogno dei seguenti aggiornamenti:

- Gestione del nuovo nomenclatore SIGLA: inserimento della correlazione fra diagnosi e dizionari SIGLA. Inserimento del campo diagnosi obbligatoria con codifica ICD-IX CM.
- Proposta della priorità in base al nomenclatore SIGLA
- Gestione del trasferimento lista
- Gestione delle sospensioni
- Gestione della pre-lista

RISULTATI

L'applicativo è stato messo a norma e siamo in attesa del nuovo applicativo delle liste ambulatoriali chirurgiche per l'estate.

EVENTUALI COSTI

Costi per aggiornamento applicativi

DGR 272/2017 E PULIZIA DELLA LISTA DI ATTESA: ADEGUAMENTI DEL SISTEMA INFORMATIVO - AUSL DI PIACENZA

STRUTTURE COINVOLTE

Direzione Medica
Sistemi Informativi
Prericovero

REFERENTI Luisa Lombardelli Alicia Fava Flavio Santilli

ABSTRACT

L'AUSL di Piacenza, nell'adeguarsi alle direttive Regionali, ha nominato il RUA che a sua volta ha organizzato un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato alla gestione della lista di attesa per i ricoveri programmati chirurgici. Dagli incontri del gruppo di lavoro è emersa la necessità di adeguare l'applicativo di gestione delle liste di attesa (ADT) ai requisiti della DGR n.272/2017.

Di seguito si elencano le modifiche apportate al sistema e gli obiettivi che si desiderano raggiungere.

PROBLEMA INIZIALE

Presenza in lista d'attesa di pazienti non più destinati all'intervento chirurgico.

Presenza in lista d'attesa di pazienti non perfettamente inquadrati dal punto di vista chirurgico.

OBIETTIVI

Allineare il sistema informativo ADT con le esigenze dell'azienda e con le indicazioni della DGR n.272/2017 in modo da renderlo più funzionale all'attività di pulizia delle liste di attesa.

Garantire la completa corrispondenza tra pazienti in lista e pazienti in reale attesa di intervento chirurgico.

Garantire la completezza delle informazioni relative alla proposta di ricovero e successive modifiche.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il RUA ha provveduto a formare un gruppo di lavoro multidisciplinare che si è dedicato all'analisi delle modifiche da implementare sull'applicativo informatico per soddisfare i requisiti indicati dalla Regione. Di seguito un dettaglio di quanto già disponibile sul sistema e di quanto implementato.

Il sistema informatico di gestione delle liste di attesa è attivo dal 2010 e permette la registrazione delle seguenti informazioni (necessarie per il flusso SIGLA 1):

- Dati base della proposta di ricovero (dati anagrafici, data di prenotazione, classe di priorità Diagnosi / Intervento ecc.)
- Registrazione delle sospensioni
- Registrazione delle telefonate al paziente per la programmazione delle visite di prericovero/rivalutazione
- Programmazione informatizzata degli accessi di prericovero
- Calcolo del profilo di esami da eseguire al prericovero in base al grading chirurgico e anestesiologicalo del paziente
- Associazione automatica dell'episodio di lista di attesa con il Nosologico/SDO
- Registrazione informatizzata dell'eliminazione dalla lista di attesa

Il gruppo di lavoro multidisciplinare ha concordato le seguenti variazioni:

- La registrazione delle telefonate al paziente (già prevista in SIGLA1): è stata arricchita delle informazioni relative al motivo della telefonata (programmazione ricovero o rivalutazione) e dell'esito (ha risposto, non ha risposto) che prima erano gestiti come campi note a testo libero. Questo nuovo dato da permesso di inserire un alert sul numero di telefonate dopo 2 telefonate con esito "non ha risposto", il sistema da indicazione di eliminare il paziente dalla lista.
- Registrazione della data di invio della raccomandata: a seguito di due telefonate senza risposta viene inviata una raccomandata al paziente per comunicare l'eliminazione dalla lista a seguito di irreperibilità. Nel sistema è stata aggiunta la registrazione della data di invio della raccomandata.

- Registrazione della data di visita di rivalutazione: per valutare la permanenza in lista del paziente viene programmata eventuale visita di rivalutazione. Nel sistema è stata aggiunta la registrazione della data di rivalutazione.
- Sospensioni: sono stati inseriti dei controlli sull'inserimento delle sospensioni in base alle classi di priorità.
- Alert: sono stati inseriti degli avvisi che indicano lo stato del paziente in lista (attivo, scaduto, in scadenza).
- Elaborazioni: sono stati implementate una serie di estrazioni dati che aiutano il gruppo di lavoro nell'attività di monitoraggio e di pulizia.

RISULTATI

Le modifiche spiegate devono ancora essere pubblicate in produzione e rese disponibili agli utenti.

Ci si attende:

- Maggiore facilità nella gestione della lista di attesa
- Maggiori informazioni tracciate a livello informatico per monitorare i pazienti in lista.
- Monitoraggio dei seguenti indicatori:
 - N° pazienti che necessitano di visita di rivalutazione
 - N° pazienti in classe A sospesi per motivi di salute → utile per eventuali verifiche sul corretto utilizzo delle sospensioni.

EVENTUALI COSTI

Modifiche software: 27.000 €

UTILIZZO DEI DATI DELL'ATTIVITÀ DI SALA OPERATORIA - AUSL PIACENZA

AUSL di Piacenza

STRUTTURE COINVOLTE: UOSIT, direzione medica, dipartimento chirurgico, dipartimento di emergenza urgenza

Referente: Luisa Lombardelli

ABSTRACT

L' AUSL di PC è un unico presidio che comprende tre stabilimenti ospedalieri: Piacenza, Castel san Giovanni, Fiorenzuola. L'attività chirurgica viene svolta nelle strutture di Piacenza dove sono attive 8 sale operatorie e di Castel San Giovanni che dispone di 4 sale operatorie.

L'ospedale di Piacenza è la sede provinciale delle aree specialistiche ed il riferimento per le urgenze gravi, mentre l'ospedale di Castel San Giovanni è una struttura a carattere generalistico e l'ospedale di Fiorenzuola svolge attività di chirurgia ambulatoriale .

Le discipline chirurgiche presenti sono: chirurgia generale, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, ortopedia, senologia, ORL, oculistica, ostetricia, urologia e ginecologia.

L'introduzione dell'applicativo Digistat nel 2013 ha facilitato la gestione e il monitoraggio dell'attività di sala operatoria, la gestione e la programmazione delle sale operatorie sia in urgenza che in elezione, della terapia intensiva e della sala risveglio, la previsione dei kits chirurgici.

Digistat rappresenta anche datawarehouse. A partire dell'analisi dei nostri dati storici, abbiamo potuto monitorare l'andamento nel tempo dell'attività chirurgica e portare avanti modifiche organizzative.

PROBLEMA INIZIALE

Mancanza dell'informatizzazione come supporto alla raccolta di dati di attività ed efficienza delle sale operatorie per una adeguata ed appropriata programmazione chirurgica

OBIETTIVI

Sulla base dell'analisi dei dati di attività raccolti nel tempo in digistat, prendere delle decisioni riguardo :

- 1) alla gestione delle sale operatorie
- 2) Alla programmazione dell'attività e della turnazione chirurgica in sala operatoria
- 3) Alla riorganizzazione dell'area chirurgica finalizzata a concentrare a Piacenza l'attività chirurgica con degenza superiore ai 5 giorni e a trasformare Castel San Giovanni in un centro di riferimento provinciale per la chirurgia programmata con degenza inferiore a 5 giorni per la chirurgia generale, l'ortopedia e la chirurgia plastica
- 4) Alla riorganizzazione dell'area chirurgica finalizzata a separare l'attività urgente da quella programmata

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

La fonte di dati relativi all'attività delle sale operatorie era, fino al 2013 limitata al contenuto del registro operatorio informatizzato, oltre alla rilevazione "manuale" quotidiana da parte di 2 infermieri di sala operatoria dal 2011 di alcuni indicatori di utilizzo delle sale operatorie per la chirurgia elettiva e urgente: orario di arrivo del paziente in comparto, presenza di tutti i componenti dell'équipe operatoria alle ore 8.30 per il primo intervento, n° di urgenze per specialità, sforamenti e sottoutilizzo per specialità.

In seguito è stato introdotto l'applicativo Digistat nei 3 ospedali, finalizzato oltre alla gestione del registro operatorio, anche alla gestione delle sale operatorie, della cartella anestesologica di sala e di prericovero, alla compilazione della cartella di recovery room e di recovery room e di rianimazione.

Su richiesta al fornitore sono state formulate richieste di estrazioni di dati (query)personalizzate sia estemporanee che con invio regolare. Mensilmente via mail ci sono stati comunicati alcuni dati: ritardo inizio sala, sforamento,% di utilizzo sala, n° sedute assegnate, n° urgenze, momento di effettuazione delle urgenze: mattino/pomeriggio/notte.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati raccolti abbiamo potuto

- Recuperare il tempo utilizzato dagli infermieri per le rilevazioni per destinarlo ad altre attività
- Assegnare, da marzo 2018, alle varie unità operative sedute lunghe a Piacenza : restano da valutare gli effetti sul sovra-sotto utilizzo delle sale (grafico 1)

- Portare a Piacenza l'attività chirurgica ortopedica eseguita in urgenza di Castel san Giovanni, dal gennaio 2018. Nel grafico 2 e 3 sono riportati i numeri di tutti gli interventi urgenti eseguiti a Piacenza e a Castel San Giovanni. Sono previsti per settembre 2018 il trasferimento dell'attività urgente di chirurgia generale, e la separazione completa di tutta l'attività programmata da quella urgente.
- Chiedere al fornitore di inserire nell'applicativo le durate medie per intervento e per unità operativa calcolate sulla base delle rilevazioni degli ultimi anni, in modo da potere programmare in modo più preciso.

Tabella 1: N° di sale operatorie e n° di interventi a Piacenza dal 2011 al 2017

anni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N° totale di sale a PC	2143	2135	2449	2583	2467	2644	2637
N° totale di interventi a PC	13606	13442	13397	15802	16286	15565	15848

Grafico 1: % di sotto e sovrautilizzo delle sale operatorie a Piacenza dal 2011 al 2017

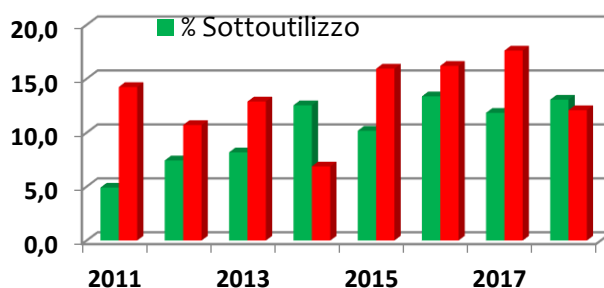


Grafico 2: N° interventi eseguiti in urgenza a Piacenza dal 2011 al 2017

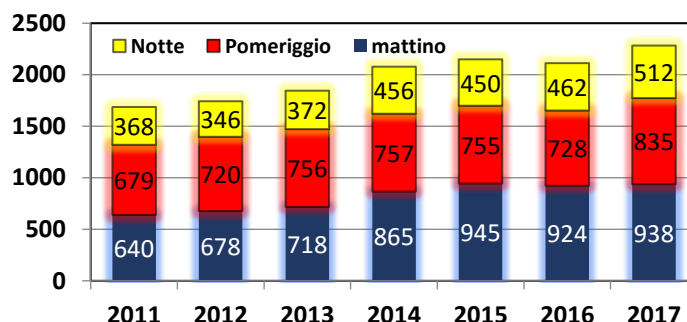
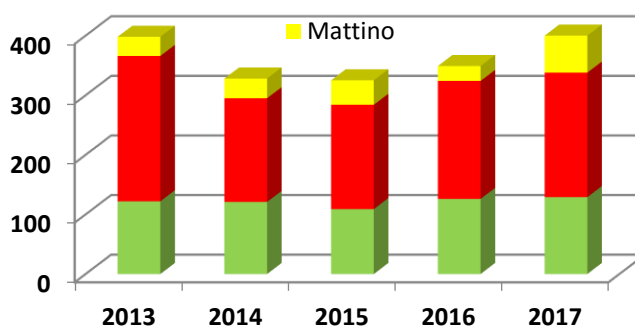


Grafico 3: N° interventi eseguiti in urgenza a Castel San Giovanni dal 2013 al 2017



EVENTUALI COSTI

Es. personale, modifiche software, ecc.

Oltre al canone annuale, 600 euro/query

Programmazione dell'attività chirurgica e gestione delle sedute operatorie

MONITORAGGIO DELLA LISTA D'ATTESA E RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI PRODUTTIVI - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

STRUTTURE COINVOLTE DIREZIONE SANITARIA

Referente: Matteo Buccioli

ABSTRACT

Gestione della lista di attesa attraverso direzione dei processi organizzativi, orientamento strategico ed operativo della filiera produttiva di sala operatoria.

In seguito all'emanazione del decreto regionale n°272 si è provveduto a modificare e riorganizzare i processi decisionali e operativi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, con l'introduzione di logiche di gestione operativa sia a livello strategico che operativo. La direzione Sanitaria ha previsto una riunione settimanale dei direttori delle principali unità operative, volta a indirizzare l'andamento di sala garantendo un corretto smaltimento della lista d'attesa, inoltre si è resa necessaria la programmazione della nota operatoria a 24 ore con analisi quotidiana alle ore 14:00 dell'andamento odierno del Blocco Operatorio e della nota del giorno successivo.

Questi strumenti si sono rivelati molto utili per prevenire eventuali criticità di sala e per risolvere tempestivamente quelli non prevedibili. Insieme all'aumento degli incontri volti a confermare o modificare l'andamento di sala, si è reso necessario avviare un dettagliato monitoraggio della lista d'attesa, iniziando dalla pulizia di quest'ultima si è passato dall'analisi dei volumi e dei tempi d'attesa per le procedure con più alta priorità, classi A oncologiche e Protesi d'anca, riducendo notevolmente il tempo medio d'attesa e aumentando la produzione in base alla domanda presente in LDA.

Lo stato periodico della lista d'attesa, del suo incremento (o decremento), la produzione chirurgica e le eventuali criticità, sono poi regolarmente inviate agli organi direzionali attraverso un report dettagliato, in modo da mantenere aggiornati tutti gli attori coinvolti nei processi.

L'introduzione di queste metodiche ha prodotto un miglioramento dei tempi medi d'attesa, sebbene ulteriori approfondimenti e modifiche devono ancora essere fatti per garantire standard sempre più elevati.

PROBLEMA INIZIALE

Gestione Lista di attesa non condivisa ed omogenea, complessità derivanti da eterogeneità reparti.

OBIETTIVI

Migliorare l'aderenza di erogazione di prestazioni Chirurgiche entro le classi di priorità, mantenendo un flusso di ingresso ed uscita dalla LDA costante, allineando l'offerta alla domanda.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto condotto dalla Direzione Sanitaria in collaborazione con le strutture connesse è composto da una parte strategica ed una operativa al fine di implementare modalità condivise e misurabili di gestione della lista di attesa connesse al flusso di produzione chirurgica, quella strategica prevede,

- Istituto BOARD INTERDIPARTIMENTALE con responsabilità di definizione delle linee di attuazione strategica delle Direttive Aziendali, costituito da Direttore Sanitario (e suo staff dedicato), Direttori Dipartimenti Chirurgici, SAITER, Direttore Anestesia e Rianimazione.
- Istituzione dell'Ufficio Programmazione Chirurgica di Direzione Sanitaria che responsabilità di supporto per la centralizzazione delle attività e funzioni coinvolte nell'attuazione del percorso chirurgico del paziente sia in termini strategici,
 - o definizione assegnazione SLOT di sala operatoria alle UU.OO. chirurgiche in funzione della LDA
 - o gestione centralizzata di richieste organizzative
 - o monitoraggio del flusso di lavoro

Mentre quella operativa,

- Aggiornato documento "Regole per il funzionamento delle Sale Operatorie" (in allegato) in cui si ribadiscono le responsabilità di Direttore Unità Operativa Rianimazione e Terapia Intensiva e Direzione Sanitaria, introducendo la nuova funzione di Ufficio Programmazione Chirurgica quale responsabile del controllo dell'aderenza di quanto previsto dal regolamento stesso.

- Revisionata procedura di Gestione delle Lista di Attesa (in allegato) in ottemperanza della Direttiva RER 272/2017 in cui sono definiti ruoli e responsabilità degli attori coinvolti nel processo di Presa in Carico del paziente, Inserimento in Lista di Attesa, chiamata al Ricovero e trasferimento/condivisione delle informazioni necessarie al paziente.
- Istituzione di meeting multidisciplinari strutturati presso Ufficio Programmazione Chirurgica a cadenza giornaliera, settimanale e mensile con differenti attori coinvolti in funzione del focus. Istituiti Report standard per il monitoraggio dell'andamento del flusso di lavoro del processo chirurgico per il monitoraggio continuo di incremento e svuotamento LDA che vengono condivisi con gli attori responsabili.

Il sistema di monitoraggio permette attraverso indicatori, report e condivisione delle informazioni di poter rispondere "real-time" alle necessità organizzative del sistema.

RISULTATI

Riduzione tempi medi di attesa casistica tracciante

Omogeneizzazione dei comportamenti

Incremento correttezza utilizzo sistema di prelista (presa in carico)

EVENTUALI COSTI

I costi sono rappresentati dalle modifiche ai software gestionali, indispensabili per migliorare il monitoraggio

RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ CHIRURGICHE DELL' AOU DI PARMA

STRUTTURE COINVOLTE Direzione Sanitaria, RUA, Dipartimento Chirurgico

REFERENTI: Fabi M., Balestrino A., Del Rio P., Manotti P., Ferrari A., Raboini I.

ABSTRACT

La progettazione è stata guidata dal rispetto degli indirizzi normativi e regionali, dalla vision della Direzione Aziendale, dal tentativo di far collimare la continuità di presa in carico attraverso i percorsi, dalla valorizzazione dell'alta specialità tecnica di un centro HUB universitario, dal riconoscimento di capacità e legittime vocazioni dei Professionisti e dalla ricerca dell'efficienza di un complesso sistema produttivo pubblico.

PROBLEMA INIZIALE

- Tempi di attesa critici per patologia oncologica e per altre patologie oggetto di monitoraggio
- percentuale di occupazione media complessiva delle sale operatorie pari al 56%, con punte massime di 74% e minime di 21%
- necessità di perseguire una maggiore efficienza produttiva
- utilizzo non ottimale dei posti letto e delle piattaforme di week surgery e day surgery

OBIETTIVI

- rispetto degli indirizzi normativi, con particolare riferimento alla DGR 272/2017
- realizzare la continuità di presa in carico attraverso i percorsi
- valorizzazione dell'alta specialità tecnica di un centro HUB universitario
- riconoscimento di capacità e legittime vocazioni dei Professionisti
- perseguire una maggiore efficienza produttiva nei comparti operatori dell'Azienda
- migliorare la programmazione chirurgica al fine di ottimizzare le sale operatorie

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

L'intero progetto si articola in fasi, in ognuna delle quali sono stati introdotti specifici elementi di novità importante. La suddivisione in fasi risponde sia ad un criterio temporale che ad una consecutio più complessiva.

La chiave di lettura dell'intera progettazione è stata la valorizzazione della programmazione, intesa come atto organizzativo complessivo di tutti i processi e setting che si muovono attorno all'intervento chirurgico. Altro elemento nodale è legato alla scelta intrapresa di conferire la programmazione ai Clinici. Entrambi gli aspetti concorrono alla valorizzazione delle reali potenzialità e alla partecipazione ai momenti settimanali di programmazione. Si è notato infatti che a tale tavolo (cui partecipavano tutti i responsabili delle attività chirurgiche e di gestione delle liste delle varie UU.OO. del Dipartimento nonché il Direttore del Dipartimento stesso) era vissuta l'idea di fondo: la programmazione "bottom-up" condivisa tra Professionisti. Sono state quindi individuate variabili di partenza dei criteri di organizzazione del Dipartimento.

- Istituzione di una Direzione Organizzativa delle attività chirurgiche "Direttore Organizzativo Gestionale delle Attività Chirurgiche", che costituisce elemento di snodo per i Professionisti titolari di Funzioni di processo specialistico;
- Individuazione delle linee di produzione incardinate in seno ad ambiti organizzativi dall'esaltato valore specialistico e tali da costituire, paritariamente tra loro, soggetti professionali chiamati ad esprimere massimamente potenzialità professionali di alto livello quali-quantitativo ed autonomamente interagenti con un'unica figura di Direzione Organizzativa;
- graduale divisione dei percorsi in elezione da quelli in urgenza in modo evitare che la "variabile urgenza" interferisca in modo incontrollabile sulla programmazione di chirurgia elettiva;

A) Lo snodo organizzativo: i percorsi

Il punto d'arrivo su questo tema consisterà nell'elaborazione finale un progetto di riorganizzazione delle attività chirurgiche per la creazione di un vero e proprio sistema provinciale integrato in grado di portare ai massimi livelli l'integrazione operativa tra i "settori di produzione" delle prestazioni chirurgiche, ponendo in primo piano le basi di relazione con i Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL ed impostando quindi anche le modalità di relazione con il privato accreditato. Questo sarà il contesto di riferimento della presa in carico dei pazienti nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali.

E' importante evidenziare la prosecuzione verso una migliore ridefinizione degli assetti operativi della U.O. di Clinica Chirurgica Generale attraverso la creazione di percorsi chirurgici e l'individuazione di specifiche responsabilità in grado di assicurarne la gestione clinica, la coerenza delle competenze cliniche impegnate rispetto allo specifico percorso, l'omogeneità/appropriatezza dei trattamenti e delle scelte diagnostico-terapeutiche e, non ultimo per importanza, la maggiore integrazione possibile delle figure professionali che per abilità e vocazione professionale, contribuiscono alla funzionalità del percorso stesso.

B) La "verticalizzazione delle sale operatorie"

Consiste nella revisione dell'organizzazione del lavoro e della piattaforma logistica dei comparti operatori che ha come principale finalità l'incremento dell'efficienza produttiva delle attività chirurgiche. All'interno delle riflessioni complessive sul tasso di utilizzo delle singole sale operatorie, si è presa in considerazione la possibilità di estendere il loro utilizzo ordinario per interventi chirurgici programmati nelle ore pomeridiane (sino alle ore 20:00 dei giorni feriali, attività di ripristino incluse). Alla base di queste proposte sono state fatte delle preliminari valutazioni di fattibilità sulla con il coinvolgimento anche dei Direttori dei Servizi di Anestesia e del Servizio Assistenziale con particolare attenzione alla revisione dell'organizzazione del lavoro nel rispetto delle normative vigenti, con particolare riferimento a quella sull'orario di lavoro in sanità e sui carichi lavorativi di recente attuazione. Quest'ultimo elemento, risultato estremamente innovativo all'interno del contesto aziendale, non sovverte le disposizioni relative al mantenimento di disponibilità di una sala operatoria per le emergenze e di una sala per eventuali attività trapiantologiche.

C) La distinzione tra ambienti chirurgici dedicata all'attività d'urgenza e programmata:

Si ritiene necessaria una riorganizzazione dei Comparti operatori caratterizzata dalla graduale divisione dei percorsi in elezione da quelli in urgenza. Ciò appare coerente con l'assetto di tutti gli ospedali ad elevata complessità e la finalità è quella di evitare che la "variabile urgenza" interferisca in modo incontrollabile sulla programmazione di chirurgia elettiva. Un comparto può massimizzare l'efficienza d'utilizzo delle risorse assegnate solo agendo su una forte programmazione delle attività chirurgiche elettive: ciò può essere fatto solo se in tale comparto non si intersecano funzioni chirurgiche elettive e d'emergenza-urgenza.

D) La tutela delle funzioni di didattica e di ricerca

Si richiama in questo snodo la missione di promozione e realizzazione di programmi di didattica e ricerca applicata per l'integrazione dei compiti istituzionali propri di un'Azienda Ospedaliera integrata con l'Università, come previsto dal D.Lgs n. 571/9912 e dai relativi atti attuativi. Il Dipartimento Chirurgico dovrà quindi anche sviluppare programmi di didattica e di ricerca all'interno dei percorsi di trattamento di patologie in relazione ai fabbisogni formativi di Studenti di Medicina e Chirurgia ed altre Professioni Sanitarie, di Medici in Formazione Specialistica, di Dottorandi di Ricerca e Studenti di Master sviluppando anche forme innovative di integrazione e di interfaccia con altre Unità Operative aziendali e snodi della rete formativa locale e regionale. Questa relazione inoltre può assicurare un importante contributo scientifico a studio, progettazione e aggiornamento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali.

Segue quindi una riproposizione delle varie fasi temporali del progetto:

1° Fase: Riorganizzazione della programmazione delle attività del dipartimento e creazione del Direttore Organizzativo Gestionale Delle Attività Chirurgiche

Congiuntamente al Direttore del Dipartimento, si è ridisegnato una nuova cornice gestionale, mantenendo inalterato l'assetto istituzionale dipartimentale con limitate modifiche strutturali alle Unità Operative.

Passaggi essenziali sono stati:

- Creazione di una funzione organizzativo gestionale, nota come "Direttore Organizzativo Gestionale delle Attività Chirurgiche", per cui si individua un profilo di Professionista Chirurgo con spiccate capacità gestionali e di mediazione;
- Confluenza delle due UU.OO.CC. "Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo" e "Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica" nell'unica U.O.C. "Clinica Chirurgica Generale" a direzione Universitaria e con riconoscimento al suo interno dei percorsi seguenti : percorso epatobiliopancreatico, percorso chirurgia del pancreas, percorso Trapianti d'Organo; percorso Endocrinocirurgia; percorso di Chirurgia Generale del carcinoma del Colon Retto; percorso di Chirurgia Generale della patologia

addominale; percorso di Chirurgia Generale della patologia erniaria; percorso di Chirurgia proctologica; percorso di Chirurgia dell'Obesità.

- E' stata quindi rafforzata l'importanza del tavolo di programmazione che è ora ufficialmente presidiato e diretto dal Direttore Organizzativo Gestionale delle Attività Chirurgiche, al quale, viene dato particolare supporto da parte della Direzione Sanitaria (Medico di Direzione, Infermiera Operation Manager, Infermiera Bed Manager) e supervisione del Direttore del Dipartimento.

La figura rappresentata sintetizza la nuova concezione dell'attività chirurgica rappresentando la funzione di coordinamento e gestione dell'attività chirurgica e delle correlazioni della stessa con l'attività di degenza; essenziale è il dinamismo nell'interfaccia con gli altri Presidi Ospedalieri dell'AUSL ed il Privato Accreditato del Territorio.

2° FASE: Avanzamento nella riorganizzazione della programmazione e istituzione di un board per la gestione delle attività chirurgiche

Si è proposta, pertanto, l'istituzione di un board per la gestione delle sale operatorie composto da una figura di estrazione chirurgica, una figura di estrazione anesthesiologica ed una figura di estrazione infermieristica. E' inoltre in questa fase che è stato formalmente nominato il RUA, come responsabile unico aziendale dell'accesso alle prestazioni chirurgiche programmate. La scelta è caduta sull'identificazione per tale incarico e responsabilità sullo stesso Direttore Organizzativo e gestionale delle Attività Chirurgiche, giungendo anche alla determinazione di un gruppo di coordinamento provinciale per l'interfaccia gestionale con l'Azienda USL sul tema.

3° FASE – Flessibilità delle risorse di sala operatoria, trasferimenti contingenti ed efficientamento produttivo con revisione delle modalità organizzative mediante "verticalizzazione" dell'utilizzo delle sale

L'enorme importanza dell'attività operatoria di comparto e della correlata attività di degenza pre e post-operatoria, nonché il ruolo di Hub regionale per la rete SIAT Emilia Occidentale (Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati), hanno reso indispensabile la collaborazione di tutte le UU.OO. del Dipartimento Chirurgico, la disponibilità parziale e temporanea di posti letto di altre UU.OO., il trasferimento di attività ambulatoriali e altri servizi di supporto. In questa fase si è proceduto all'analisi delle criticità sul tasso di utilizzo delle singole sale operatorie e sulle modalità di utilizzo proponendo l'attribuzione fissa delle sale alle UU.OO., ma inserendo il concetto di attribuzione dinamica secondo criticità e priorità del Dipartimento e dell'Azienda, nonché l'introduzione di una reale programmazione cosiddetta "verticale" delle sale operatorie.

E' prevista la piena attivazione del comparto operatorio dedicato all'emergenza-urgenza (COE) con l'estensione dell'apertura continuativa dello stesso nelle 24 ore, 7 giorni su 7, al fine di incrementare i livelli di sicurezza e di efficienza delle Strutture di emergenza e garantire ulteriormente la funzione Hub dell'Azienda, in particolare nell'area trauma (Hub SIAT).

Nel contesto di strategie di rete condivise tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Unità Sanitaria Locale è stata costituita un'equipe interaziendale per l'organizzazione integrata dell'offerta di prestazioni chirurgiche presso i Presidi Ospedalieri della provincia, finalizzata al contenimento delle liste d'attesa con particolare riguardo alla chirurgia di parete.

RISULTATI

L'istituzione della Figura del Direttore organizzativo Gestionale delle Attività Chirurgiche è stata formalizzata in tutti gli organi istituzionali previsti ed anche l'incarico di RUA a medesimo Professionista Chirurgo. Tale Coordinatore Clinico delle attività chirurgiche è, pertanto, professionista garante delle *best practices* cui è demandato il fondamentale compito di ridurre le variabilità dei volumi di attività tra diverse strutture a parità di capacità erogative attraverso un'accorta ed organica attività di realizzazione di adeguati livelli di performance in termini di efficienza e produttività. Si è fatto carico dell'impostazione organizzativa quotidiana e settimanale del progetto organizzativo della Direzione concernente la flessibilità di assegnazione delle sale e l'attenta corrispondenza della produzione di sala con le disponibilità dei posti letto per la correlata degenza. Al fine di incrementare l'efficienza produttiva del comparto operatorio e quindi assicurando un utilizzo assolutamente più appropriato delle risorse disponibili e la cosiddetta "verticalizzazione" delle sale è stata già applicata in maniera intensiva in alcune realtà dell'Unità Operativa. Ciò ha avuto come effetto diretto un incremento del tasso di utilizzo delle sale operatorie e come esiti finali un incremento del numero di interventi

chirurgici a parità del case mix (+20%). Si è concluso il disegno di progetto di rafforzamento della tematica dei percorsi specialistici in seno alle UU.OO. del Dipartimento. Lo sforzo ancora in corso è quello di individuare responsabilità e capacità per specifici percorsi che si integrino in una visione più complessiva di PDTA. Da questo punto di vista la formalizzazione di tali percorsi sta andando verso l'iter conclusivo con l'assegnazione di responsabilità per ciascun percorso al Professionista che di fatto ha partecipato alla costruzione dello stesso e possiede la competenza sviluppata negli anni. Si elencano di seguito i risultati attesi:

1. Il riordino dei percorsi integrati e dei processi di interfaccia tra le componenti degli ambiti chirurgici,
2. Il miglioramento quali-quantitativo delle performance aziendali e provinciali
3. L'appropriatezza della risposta ai fabbisogni di salute specifici
4. La redistribuzione dei volumi di attività chirurgiche a livello del bacino provinciale in maniera coordinata, concertata e dinamica
5. Il rispetto degli standard per gli indicatori PNE e InsidER per le patologie chirurgiche oggetto di monitoraggio
6. Il rinnovamento dell'ambiente professionale chirurgico
7. Uno degli obiettivi meglio definiti nella fase finale del progetto consiste nella determinazione dei percorsi chirurgici e un'aumentata differenziazione dei percorsi di Chirurgia Generale e di Chirurgia d'Urgenza

EVENTUALI COSTI

Il progetto fonda prevalentemente su modifiche organizzative interne al sistema con un diverso assetto, maggiormente qualificante, di compiti e funzioni svolte dai Professionisti di area chirurgica dell'Azienda.

Si potrà parlare, in previsione, di costi cessati correlati ad un recupero di efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie i cui costi fissi, al momento, risultano non completamente compensati. Per quanto riguarda i costi sorgenti si può ipotizzare un incremento di spesa derivante da un'implementazione di organico di area Comparto dipendente dalla presenza continuativa h24 nelle sale operatorie dedicate all'emergenza (COE).

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA E GESTIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE DELL' AUSL DI MODENA

STRUTTURE COINVOLTE

Direzione Operativa Logistica Integrata e Gestione operativa dei percorsi chirurgici
 Direzioni Sanitarie di Ospedale
 Discipline chirurgiche Aziendali
 Servizi di prericovero Aziendali
 Blocchi operatori

REFERENTE: Maria Iris Grassi

ABSTRACT

Il tema della chirurgia programmata è storicamente, dal punto di vista organizzativo, complesso e articolato; coinvolge differenti attori e soddisfa, in quanto servizio, bisogni di primaria importanza per la popolazione. Garantire ai cittadini un'offerta adeguata e soddisfacente non significa solo assicurare un ottimo grado di qualità, ma anche erogare la prestazione in tempistiche accettabili e appropriate rispetto alla specifica condizione clinica.

Negli Ospedali della Provincia di Modena, con riferimento particolare ad alcune specialità, le liste di attesa sono molto corpose e si rischia di non soddisfare il bisogno espresso dal cittadino nei tempi massimi di garanzia.

Il blocco operatorio, all'interno del quale viene erogata la prestazione chirurgica, può essere considerata la piattaforma produttiva *core* di tutto il percorso che il paziente intraprende quando viene sottoposto ad intervento.

Non dimenticando che la gestione delle operations deve avvenire a tutti i livelli, per non creare *colli di bottiglia* in ingresso e in uscita al momento "intervento chirurgico", è intuitivo comprendere che il primo intervento riorganizzativo e di miglioramento del grado di efficienza complessivo del percorso chirurgico, debba essere intrapreso nel blocco operatorio, all'interno del quale vengono coinvolte e sfruttate le risorse più rilevanti in termini economici, organizzativi e logistici.

PROBLEMA INIZIALE

La gestione operativa dei blocchi operatori negli ospedali della Azienda USL di Modena presenta un elevato grado di eterogeneità e la pianificazione delle sedute operatorie avviene ad opera dei Direttori delle diverse discipline chirurgiche senza una programmazione correlata ai volumi delle liste d'attesa e al rispetto dei tempi di garanzia, ma in base ad un'assegnazione storica consolidata sia per numero di sedute che per giorni della settimana prestabiliti.

A livello di Direzione strategica non è presente una funzione di monitoraggio e gestione dei tempi d'attesa delle prestazioni chirurgiche programmate.

OBIETTIVI

- 1) Governo centralizzato della domanda
- 2) Razionalizzazione dell'offerta chirurgica e conseguente pianificazione delle sedute operatorie sulla base del fabbisogno emergente dalle liste d'attesa prospettiche
- 3) Centralizzazione subprovinciale (area nord e area sud) delle liste di attesa chirurgiche per tutte le discipline coinvolte;
- 4) Governo centralizzato dell'assegnazione di sedute operatorie alle singole discipline
- 5) Efficienza allocativa dei blocchi operatori attraverso la reingegnerizzazione del percorso chirurgico in ambito provinciale, la rivalutazione dei tempi standard associati ad ogni intervento, la creazione di equipè uniche subprovinciali;
- 6) Monitoraggio costante della correlazione tra il pianificato e l'erogato

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

E' stata definita, nell'ambito della Direzione operativa in staff alla Direzione strategica aziendale, l'U.O. Logistica integrata e gestione operativa dei percorsi chirurgici con l'obiettivo di facilitare la reingegnerizzazione del percorso chirurgico dal momento della generazione della domanda sino alla

dimissione del paziente. Inoltre l'Azienda ha provveduto a nominare il Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste d'attesa come previsto dalla DGR 272/2017.

Al fine di perseguire con successo gli obiettivi inerenti l'ottimizzazione dei blocchi operatori e la programmazione delle sedute chirurgiche il progetto si è svolto in due fasi progettate, condivise e monitorate dal gruppo di lavoro attraverso incontri operativi settimanali.

Innanzitutto è stato necessario identificare i prerequisiti, propedeutici all'intervento di reingegnerizzazione, su cui lavorare nel primo trimestre del 2017 quali:

“Pulizia” delle liste di attesa;

Centralizzazione subprovinciale (area nord e area sud) delle liste di attesa chirurgiche per tutte le discipline coinvolte;

Analisi della gestione attuale delle sedute operatorie dei singoli presidi;

Gestione delle liste operatorie settimanali e non più giornaliere e contestuale verifica di confrontabilità tra il programmato e l'effettivo;

In un secondo momento, completati i punti sopracitati, con deadline fissata nella fine di marzo 2017, il gruppo ha iniziato a lavorare congiuntamente per raggiungere il fine ultimo prefissato: gestire a livello centrale le sedute operatorie, assegnandole in funzione delle liste e non dello storico oltre a pianificare gli interventi da inserire all'interno delle sedute operatorie in maniera tale da saturare il più possibile le sale operatorie stesse. Questo, ha portato anche a ridefinire le mission dei vari ospedali, identificando un mix produttivo adeguato alle risorse in possesso di ciascun presidio.

Per il raggiungimento dell'obiettivo, sono stati fondamentali anche i progetti avviati a gennaio e conclusi a marzo 2017, propedeutici a completare il governo della domanda e dell'accesso alle prestazioni, avviati da altri due gruppi di lavoro sulla riorganizzazione dei prericoveri e sull'individuazione di setting chirurgici adeguati di erogazione delle prestazioni in base alle tipologie di intervento e alla urgenza clinica dei singoli casi (prioritizzazione). Il tutto tenendo conto dei vincoli legati alla garanzia di efficienza allocativa (personale, disponibilità di posti letto, clinical competence e gestione delle urgenze).

RISULTATI

La Programmazione dell'attività chirurgica e gestione delle sedute operatorie in azienda USL di Modena, a partire da aprile 2017 avviene a livello centralizzato sulla base della casistica presente in lista d'attesa.

Il 15 di ogni mese vengono programmate le sedute operatorie per il mese seguente e pianificati per ciascuna seduta gli interventi chirurgici da erogare al fine di garantire lo scorrimento puntuale delle liste. L'informazione viene trasmessa a tutti i servizi e unità operative coinvolte in modo da consentire le chiamate dei pazienti, l'effettuazione del percorso di prericovero e la disponibilità delle risorse strumentali e professionali.

Figura 1: esempio programmazione mensile di sedute per specialità in base alle lista d'attesa

ASSEGNAZIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE ALLE DIVERSE SPECIALITA' NEL MESE DI SETTEMBRE 2017																																
set-17		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
ORTOPEDIA	MAT	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	
	POM																															
CHIRURGIA	MAT	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	
	POM																															
GINECOLOGIA	MAT	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	
	POM																															
UROLOGIA	MAT	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	
	POM																															
OTORINO	MAT	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	
	POM																															

Un volta assegnate le sedute, si procede con la pianificazione di ogni seduta considerando la compatibilità tra tempi d'attesa e tempi intraoperatori definendo le liste operatorie giornaliere del mese successivo, con un

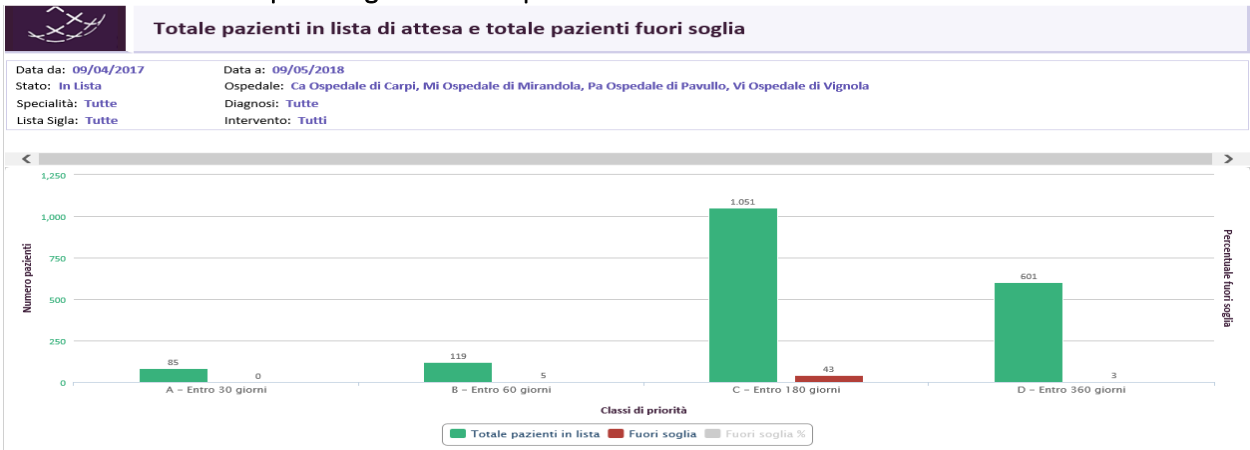
marginale di flessibilità calcolato attraverso la regressione lineare per consentire l'implementazione della casistica con priorità A che potrebbe aggiungersi a quella già esistente.

Figura 2: esempio pianificazione mensile delle sedute assegnate (sono stati rimossi i dati sensibili)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
																														V
PARTICOLARE INTERVENTI SETTEMBRE 2017																														
ORTOPEDIA																														
MAT																														
POM																														
Piede - Anfr. Patologia	Piede - Anfr. Patologia	Piede - Anfr. Patologia	GROCCIO - PEDI	GROCCIO - LUNOX Metatarsi E Ligamentosi	GROCCIO - LUNOX Metatarsi E Ligamentosi	Piede - Anfr. Patologia	SOCC. TARSAL			Spalla - Anfr. Patologia	GROCCIO - LUNOX Metatarsi E Ligamentosi	GROCCIO - LUNOX Metatarsi E Ligamentosi	Piede - Anfr. Patologia				Piede - Anfr. Patologia	Piede - Anfr. Patologia	GROCCIO - PEDI		Mano E Psoo - Anfr. Patologia	Mano E Psoo - Anfr. Patologia	GROCCIO - LUNOX Metatarsi E Ligamentosi		Piede - Anfr. Patologia					

Il 15 di ogni mese vengono programmate le sedute operatorie per il mese seguente e pianificati, per ciascuna seduta, gli interventi chirurgici da erogare al fine di garantire lo scorrimento puntuale delle liste. L'informazione viene trasmessa a tutti i servizi e unità operative coinvolte in modo da consentire le chiamate dei pazienti, l'effettuazione del percorso di prericovero e la disponibilità delle risorse strumentali e professionali.

L'attuazione di questa metodica ha consentito di aumentare l'efficienza dei blocchi operatori, razionalizzare l'offerta e ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni.



EVENTUALI COSTI

Borsa di studio Ingegneria gestionale

GESTIONE DELLA PRODUZIONE CHIRURGICA A MEDIO TERMINE PER RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA NELL' AUSL IMOLA

STRUTTURE COINVOLTE: Direzione Medica e Infermieristica, UUOO Dipartimento Chirurgico UOC Anestesia e Rianimazione, Ambulatorio Operandi (preospedalizzazione)

REFERENTE: Filomena Rini

ABSTRACT

In ottemperanza agli obiettivi fissati dalla DGR 272/2017 "RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA", posto che ogni Azienda sanitaria è chiamata a sviluppare piani di produzione finalizzati allo smaltimento dei casi "fuori tempo" garantendo al contempo il rispetto dei tempi di attesa per i casi inseriti in lista e non ancora "fuori tempo" (performance richiesta: 90% dei casi entro i tempi previsti dalla classe di priorità assegnata) si è dato avvio ad un piano di smaltimento delle liste di attesa (orizzonte temporale semestrale) al fine di garantire l'aumento di produzione delle UUOO chirurgiche che ad oggi presentano le maggiori criticità nel rispetto dei tempi di attesa.

L'aumento di produzione stimato consegue all'analisi della capacità produttiva massima attualmente sostenibile in relazione alla domanda e alle risorse disponibili (numero di sale operatorie, posti letto, risorse professionali, piano di riduzione per ferie estive, piani di manutenzione o adeguamento tecnico e impiantistico).

Il progetto si propone il raggiungimento degli obiettivi:

- rimodulando l'offerta storica di attività operatoria attribuita alle unità operative chirurgiche eroganti (azione "isorisorse")
- ricorrendo ad attività aggiuntiva incentivante per remunerare le prestazioni chirurgiche e ambulatoriali allo scopo rese dai professionisti
- investendo nella sostituzione di tecnologie obsolete

PROBLEMA INIZIALE

Le stime di produzione a 6 mesi per le UUOO del Dipartimento Chirurgico indicano che l'attuale distribuzione di sedute operatorie non consente a tutte le UUOO di raggiungere gli standard previsti per il rispetto dei tempi di attesa.

OBIETTIVI

- 1) trattamento dei casi presenti in lista di attesa al 31/12/2017, con priorità per quelli già "fuori tempo";
- 2) contestuale mantenimento in corso d'anno degli standard previsti (90% dei casi entro classe di priorità assegnata)

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Analisi della situazione *ex ante* (Aprile 2018)

Unità Operativa	Totale casi presenti in lista		Di cui "fuori tempo"	
	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH
Chirurgia Generale	265	181	79	44
Urologia	241	22	103	2
Breast U.	36	0	20	0
Ortopedia	210	30	48	19
Ginecologia	66	34	2	7
ORL	161	42	0	0
Oculistica	4	44	2	3

Si individuano le maggiori criticità nelle UUOO Chirurgia Generale e Urologia, sia per numerosità di casi inseriti, per numerosità di casi "fuori tempo", per complessità della casistica trattata (interventi complessi determinano maggiore assorbimento della risorsa tempo sala operatoria), per costante presenza di casistica oncologica (che impone il trattamento entro 30gg). Da considerare anche il trattamento di casi in urgenza che incide sul regolare trattamento in elezione. Per questi motivi, già dallo scorso mese di Ottobre è stata

assegnata mensilmente attività operatoria aggiuntiva alle due UUOO indicate, il che ha consentito di migliorare notevolmente la performance per la patologia oncologica. Necessario un ulteriore aumento di produzione da realizzarsi entro Dicembre 2018 per ottemperare al mandato regionale.

La attuale distribuzione delle sedute operatorie per tutte le discipline e la composizione delle singole liste di attesa (in termini di numerosità e classi di priorità maggiormente rappresentate) indicano un'offerta congrua al mantenimento degli standard per i casi in corso d'opera, stante un'accurata attività di verifica dell'appropriatezza nell'indicazione della classe di priorità e costante efficientamento delle sedute operatorie.

Obiettivi specifici:

- 1) aumento produzione per UO Chirurgia Generale e Urologia per smaltimento casi fuori tempo
Le stime di produzione per lo smaltimento dei casi "fuori tempo" indicano un fabbisogno di circa 60 sedute operatorie aggiuntive (Maggio-Dicembre 2018) opportunamente distribuite tra le 2 UUOO.

Azioni:

- 1) aumento produzione per UO Chirurgia Generale e Urologia per smaltimento casi fuori tempo
Tenendo conto di:
 - numero di slot di sala operatoria attualmente disponibili
 - dotazione di risorse mediche e infermieristiche disponibili e relativi carichi di lavoro
 - riduzione programmata dell'attività chirurgica nel periodo estivo (11 Giugno-9 Settembre) per consentire al personale il godimento del congedo ordinario
 - lavori di riqualificazione delle sale operatorie nel periodo estivo (Luglio-Agosto)
 - disponibilità di personale sanitario per effettuazione di sedute aggiuntive in SIMILALP
 - tipologia e complessità degli interventi da processare
 - dotazione di PL

si è proceduto a:

- attivare sedute in SIMILALP nelle giornate del venerdì e sabato (tot. 24), escluso nei mesi di Luglio e Agosto;
- rimodulare l'assegnazione delle sale operatorie. In particolare:
 - 1 seduta operatoria settimanale (martedì) assegnata alla UO Oculistica per attività di chirurgia ambulatoriale (presso il BO Day Surgery polispecialistico di CSPT) viene riassegnata alla UO Chirurgia Generale (presso il BO stabilimento di Imola). La chiusura totale dell'attività presso il BO di CSPT in questa giornata consente il recupero delle unità infermieristiche di sala e di 1 anestesista di guardia al BO utili a formare una equipe operatoria completa per 1 seduta operatoria di Chirurgia;
 - 2 sedute al mese (giovedì) assegnate alla UOC ORL vengono riassegnate alla UOC Urologia;
 - le sedute operatorie dell'Oculistica in Anestesia Generale si riducono da 2/mese a 1/mese per recupero di 1 risorsa anestesiologicala.

	ISTITUZIONALE	SIMILALP	TOTALE
UROLOGIA	13	11	24
CHIRURGIA	26	13	39
TOTALE	39	24	63

OCULISTICA	-26
ORL	-13
SIMILALP	24

Figura 3: Schema di Rimodulazione sedute operatorie e attribuzione sedute aggiuntive (TOT: +63 sedute per UUOO con maggiori criticità)

- 2) efficientamento sedute operatorie per interventi con tecnica laparoscopica

Per consentire l'aumento del trattamento di casi in lista che richiedono tecnica laparoscopica, si è investito nella sostituzione della seconda colonna videolaparoscopica obsoleta. In tal modo, nelle giornate in cui Chirurgia e Urologia hanno doppia seduta, si possono processare contemporaneamente interventi che richiedono questa tecnica chirurgica.

3) Rimodulazione offerta Ambulatorio Operandi (preospedalizzazione)

A supporto dell'aumento di produzione programmato, è stata parallelamente avviata la pianificazione del percorso preoperatorio dei pazienti candidati all'intervento, con contestuale efficientamento dell'utilizzo storico dei posti riservati allo scopo alle UUOO e incremento dell'offerta di visite anestesiolgiche mediante utilizzo della risorsa anestesiolgica di guardia presso il BO di CSPT e attivazione, al bisogno, di sedute aggiuntive in SIMILALP.

4) Acquisizione ed implementazione di un cruscotto interno per il monitoraggio delle lista di attesa

Il cruscotto consente alle UUOO Chirurgiche il monitoraggio prospettico dei casi in lista.

RISULTATI

Il piano prevede il raggiungimento degli standard sotto descritti:

Al 31/12/2018

%; N. casi in lista al 31/12/2017 trattati /cancellati/ N° casi in lista al 31/12/2017 (St.100%)

%; N. casi "in tempo" presenti in lista / N. casi presenti in lista (St.90%)

EVENTUALI COSTI

- 1) sostituzione colonna videolaparoscopica
- 2) sedute aggiuntive in SIMILALP per equipe chirurgica e visite anestesiolgiche preoperatorie
- 3) risorsa infermieristica dedicata Gestione liste di attesa (18 H/sett)
- 4) cruscotto interno per monitoraggio liste

COORDINAMENTO PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ CHIRURGICHE NELL' AOSPU MODENA

STRUTTURE COINVOLTE : Direzione Sanitaria – Direzione Professioni Sanitarie - Direttori, medici e Coordinatori infermieristici Strutture Chirurgiche – Coordinatori infermieristici blocchi operatori – Anestesisti – Coordinatore infermieristico Centrale di Sterilizzazione

REFERENTI: Fabio Gazzotti Silvia Zivieri

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La programmazione centralizzata delle attività chirurgiche consente, in linea con gli obiettivi della DGR 272 del 13/03/2017, di perseguire trasparenza ed equità di accesso alle prestazioni attraverso la coerenza tra il monitoraggio delle liste d'attesa e l'assegnazione delle sedute chirurgiche sulla base dell'entità e delle criticità delle liste stesse. Inoltre, la gestione centralizzata consente di garantire l'utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche.

Già a partire da ottobre 2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si è impegnata per la realizzazione del progetto presso il Policlinico di Modena. A seguito dell'avvio della sperimentazione gestionale, le attività sono state estese anche presso lo stabilimento Ospedale Civile di Baggiovara a partire da gennaio 2017.

OBIETTIVO

Migliorare l'efficienza di utilizzo delle piattaforme chirurgiche e di degenza (pianificazione, flessibilità, risorse umane e di posti letto)

METODI

Incontro settimanale di pianificazione delle sedute coordinato da anestesista e responsabile infermieristico di piattaforma, con la partecipazione di referenti chirurghi e coordinatori infermieristici delle degenze, i referenti delle Strutture di anestesia, i coordinatori infermieristici dei blocchi operatori e della centrale di sterilizzazione e il Referente aziendale per le liste d'attesa.

RISULTATI

La partecipazione dei professionisti coinvolti ha consentito un progressivo miglioramento nella pianificazione delle sedute assegnate, la discussione delle problematiche emerse e l'attribuzione di sedute flessibili alle specialità chirurgiche con maggiori criticità relative alle liste d'attesa.

CONCLUSIONI

La programmazione delle attività chirurgiche centralizzata e basata sulle criticità e i volumi delle liste d'attesa ha consentito di migliorare l'efficienza di utilizzo delle piattaforme operatorie e di ridurre i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, in particolare per le casistiche a maggiore priorità.

PROBLEMA INIZIALE

L'ottimizzazione della programmazione dell'attività chirurgica rappresenta una necessità sempre più sentita all'interno degli ospedali. Una inadeguata o insufficiente programmazione determina, infatti, enormi costi legati ai tempi di inutilizzo e può compromettere la sicurezza del percorso di cura del paziente. Inoltre, i volumi crescenti delle liste d'attesa e la definizione di priorità che delineano i tempi massimi entro i quali i pazienti devono essere sottoposti ad intervento, evidenziano il bisogno di ridefinire l'attribuzione delle sedute operatorie sulla base delle necessità che si correlano a ciascun momento specifico.

In quest'ottica, è stato sviluppato all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena un sistema di pianificazione centralizzata ma concordata con tutti gli attori coinvolti nel percorso chirurgico.

OBIETTIVI

- Equità e trasparenza di accesso alle prestazioni
- Efficiente impiego delle sedute operatorie assegnate a ciascuna equipe chirurgica
- Corretta definizione dell'ordine dei pazienti in lista (impegno organizzativo richiesto e criteri igienico-sanitari)
- Rispetto dei tempi d'attesa per classe di priorità
- Riduzione delle liste d'attesa, anche mediante l'attribuzione di sedute flessibili
- Programmazione dell'attività chirurgica in linea con la programmazione delle degenze (in rapporto al regime e alla durata della degenza prevista per ciascun paziente)
- Programmazione dell'attività chirurgica in linea con la programmazione del percorso di sterilizzazione (con particolare riferimento al materiale da utilizzare in più interventi all'interno della stessa seduta).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

La programmazione centralizzata delle attività chirurgiche viene realizzata attraverso:

- Richiesta a ciascuna Struttura chirurgica di effettuare la pianificazione delle sedute operatorie prima dell'incontro settimanale congiunto (effettuato la settimana precedente a quella oggetto della programmazione)
- Incontro settimanale (presso ciascuno dei due stabilimenti) organizzato dal Responsabile di piattaforma al quale sono tenuti a partecipare referenti medici e coordinatori infermieristici delle Strutture chirurgiche, i referenti delle Strutture di anestesia, i coordinatori infermieristici dei blocchi operatori e della centrale di sterilizzazione e il Referente aziendale per le liste d'attesa. In tale sede vengono valutate le proposte di pianificazione delle sedute settimanalmente assegnate a ciascuna Struttura con specifico riferimento all'utilizzo efficiente del tempo di sala assegnato e alla completezza dei dati necessari per la corretta preparazione della sala e all'adeguata gestione del paziente (anche nel post-operatorio). In aggiunta, il Referente aziendale per le liste d'attesa esprime le criticità relative allo stato delle liste d'attesa, al fine dell'attribuzione di eventuali sedute flessibili. Inoltre, vengono raccolte eventuali richieste di sedute aggiuntive per fare fronte a specifiche criticità o eventuali rinunce/scambi per indisponibilità programmate dell'equipe chirurgica.

RISULTATI

Dall'avvio del progetto, si è osservata una buona partecipazione dei professionisti coinvolti e un progressivo miglioramento nella pianificazione delle sedute assegnate. L'attribuzione di sedute flessibili ha consentito per molte specialità chirurgiche di affrontare le criticità relative alle liste d'attesa.

EVENTUALI COSTI

Non si è attuata una analisi dei costi specifici, l'impatto di attività aggiuntiva si ripercuote su aree a degenza 5 giorni la cui apertura viene estesa alla intera settimana, con copertura infermieristica.

SISTEMI DI MONITORAGGIO DELLE LISTE D'ATTESA PRESSO IL POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI

STRUTTURE COINVOLTE Direzione Sanitaria, servizi trasversali (Controllo di gestione, Tecnologie informatiche) e UU.OO. chirurgiche

REFERENTE: Silvio Di Tella

ABSTRACT

Per consentire un reale gestione delle liste d'attesa è stato necessario implementare un sistema di monitoraggio delle liste d'attesa al quale è stato richiesto di analizzare entrambi i livelli:

- *Sintesi:* attraverso una rappresentazione grafica si è cercato con pochi dati di comprendere la situazione ed evidenziare eventuali criticità;
- *Analisi:* laddove il prospetto sintetico evidenzia criticità o situazioni che richiedono maggiore attenzione, la richiesta fatta ai servizi interessati dall'implementazione di questo strumento è stata quella di poter procedere con degli affondi progressivi che consentano di identificare, se necessario, anche il nome e cognome del singolo paziente.

Uno strumento quindi che ha permesso di passare da una gestione "ex-post" delle liste d'attesa ad una gestione "ex-ante" cambiando completamente le modalità lavorative e di interfaccia con i clinici di riferimento delle varie UU.OO.

PROBLEMA INIZIALE

Gestione delle liste d'attesa problematica in ragione di strumenti informatici non adeguati e "statici" e non consona alle linee di indirizzo definite dalla Regione a seguito della delibera 272

OBIETTIVI

Consentire una gestione decisamente più dinamica e puntuale delle liste d'attesa in piena collaborazione con la componente clinica referente nelle UU.OO per la gestione delle liste d'attesa

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

La gestione delle liste d'attesa, attraverso un sistema informativo creato ad hoc, consente non solo di "guardare" con una lente di ingrandimento particolarmente potente ma, aspetto ancor più prezioso, di anticipare eventuali criticità. Laddove infatti, soprattutto per patologie tempo dipendenti come quelle oncologiche, si registrino tempi d'attesa retrospettivi non consoni (valutazione a posteriori) vi è la possibilità di dettagliare immediatamente la situazione dei casi ancora in lista (valutazione prospettica) arrivando a segnalare precocemente alla singola U.O., nel pieno della collaborazione tra direzione e professionisti, possibili criticità future.

Si riduce di fatto la latenza tra la "consapevolezza di un problema" (in passato analizzato tramite il flusso corrente più utilizzato, la SDO) e le ipotesi di soluzione.

Per arrivare infatti ad immaginare ipotesi di soluzione al problema della gestione delle liste d'attesa occorre avere piena e chiara consapevolezza delle reali criticità di tutte le fasi del percorso di un paziente avviato ad intervento chirurgico. Questo strumento di sicuro consente ciò per la parte di gestione delle liste. La bontà dello strumento ha invogliato il sottoscritto, ed il gruppo tutto, ad immaginare analoga soluzione anche per il monitoraggio delle sale operatorie. Esistono già reportistiche predefinite e periodiche che, come accadeva precedentemente per le liste d'attesa, hanno il limite di una certa "staticità".

Mi permetto quindi di paragonare l'introduzione di questi strumenti al passaggio che tutti noi abbiamo vissuto dai "vecchi telefonini" ai nuovi e più moderni "smartphone".

RISULTATI

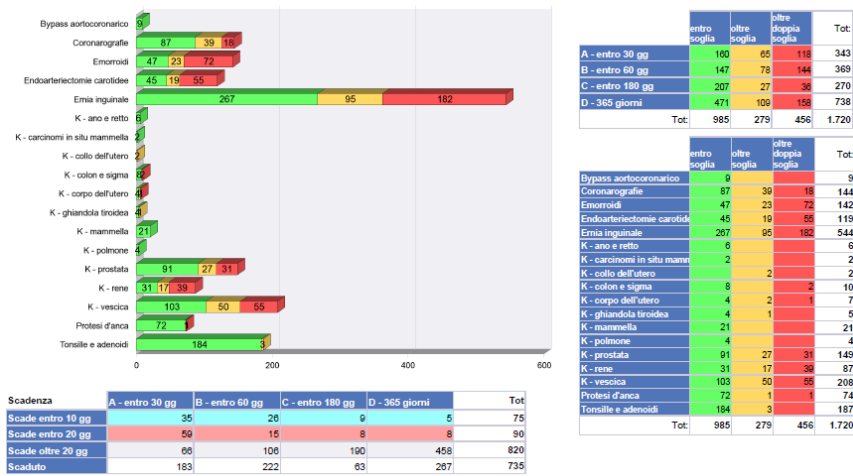
Gestione real time delle liste d'attesa e possibilità di interazione immediata con i clinici di riferimento al fine di apportare eventuali correttivi a seguito di una gestione non consona ma ancor di più per anticipare potenziali criticità che è possibile intercettare grazie ad uno strumento molto dinamico.

Nella pagina successiva, si riportano a titolo esemplificativo alcuni schemi di sintesi e di analisi che è possibile ricavare da tale cruscotto.

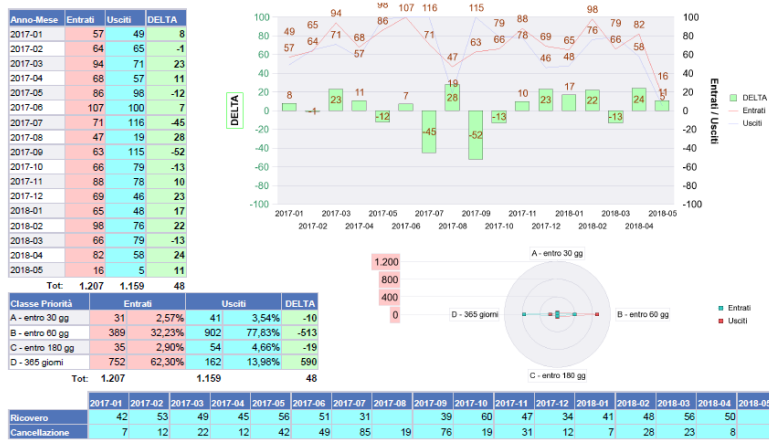
EVENTUALI COSTI

I costi sostenuti sono stati quelli necessari ad implementare il cruscotto in collaborazione con un consulente informatico referente per la nostra azienda nella gestione delle banche dati.

Interventi monitorati Sigla: numero di pazienti inseriti in lista per singolo intervento monitorato con dettaglio delle scadenze (10gg, 20gg, oltre 20gg e già scaduto)



Saldo entrati usciti per disciplina: numero dei pazienti entrati e usciti per singola disciplina (oscurata) con il dettaglio per mese e per ragione di uscita (ricovero o cancellazione)



Di seguito una rappresentazione del livello di dettaglio che, a seguito di eventuali criticità riscontrate nelle varie liste, si può raggiungere per identificare fino al singolo paziente

Dettaglio pazienti in lista: dettaglio dei singoli pazienti in lista con evidenza dei principali item in inserimento nell'applicativo aziendale e con il calcolo del tempo d'attesa al momento dell'estrazione.

ANDROLOGIA [ANDROS]										Cognome	Nome	Codice Fiscale	Chirurgia programmata	Telefono	Stato	Intervento SIGLA	
A - entro 30 gg	2018	239	39	0	36	3003918	2018-04-18										ICCN 167 - ALTRI INTERVENTI SUL PENE
A - entro 30 gg	2018	283	32	0	32	0504918	2018-05-18										ICCN Tumor organi urogenitali maschili - BOPISA DEL PENE
A - entro 30 gg	2018	325	11	0	11	2054918	2018-05-18										INSE Tumor organi urogenitali maschili - BOPISA DEL PENE
B - entro 60 gg	2018	281	2.883	0	2.883	1606918	1606918										VALI Altre patologie degli organi genitali maschili - ALTRE PATOLOGIE UROLOGICHE ORGANI GENITALI MASCHILI
B - entro 60 gg	2011	281	2.548	0	2.548	1905911	1905911										VALI Altre Patologie - ALTRE PATOLOGIE
B - entro 60 gg	2012	148	2.224	0	2.224	0504912	0408912										VALI Patologie urologiche maschili - PATOLOGIE UROLOGICHE MASCHILI
B - entro 60 gg	2012	206	2.182	0	2.182	1705912	1605912										VALI Altre patologie degli organi genitali maschili - ALTRE PATOLOGIE UROLOGICHE ORGANI GENITALI MASCHILI
B - entro 60 gg	2012	238	2.176	0	2.176	2405912	2305912										VALI Patologie urologiche maschili - PATOLOGIE UROLOGICHE MASCHILI
B - entro 60 gg	2012	237	2.168	0	2.168	3105912	3605912										VALI Altre patologie degli organi genitali maschili - ALTRE PATOLOGIE UROLOGICHE ORGANI GENITALI MASCHILI
B - entro 60 gg	2012	283	2.141	0	2.141	2709912	2609912										VALI Patologie urologiche maschili - PATOLOGIE UROLOGICHE MASCHILI
B - entro 60 gg	2012	384	2.863	0	2.863	1309912	1219912										SCOP Patologie urologiche maschili - PATOLOGIE UROLOGICHE MASCHILI
B - entro 60 gg	2012	492	2.038	0	2.038	0810912	0710912										VALI Patologie urologiche maschili - PATOLOGIE UROLOGICHE MASCHILI

MONITORAGGIO DEI FLUSSI CHIRURGICI - AUSL REGGIO EMILIA

STRUTTURA/STRUTTURE COINVOLTE: Gestione Operativa, Servizio Tecnologie Informatiche.

Referenti: Maria Teresa Montella, Maurizio Pocaforza, Maria Calia, Antonia Magnani, Marco Foracchia, Roberto Ligabue

ABSTRACT

La delibera 272/2017 avente titolo "riduzione delle liste di attesa per i ricoveri programmati nella regione Emilia Romagna" impone uno stretto monitoraggio dei Tempi di Attesa (di seguito TdA) degli interventi/procedure chirurgiche al fine di rispettare il codice di priorità attribuito.

Pertanto al fine di rispondere in modo compiuto ai bisogni dei cittadini/pazienti e ai dettami della delibera summenzionata è stato attivato un gruppo di controllo che monitora lo stato dei pazienti chirurgici in lista di attesa. Tale gruppo si è riunito, ab initio, con cadenza bisettimanale al fine di risolvere i nodi critici che si erano presentati, di volta in volta, fino a trovare un punto di equilibrio programmando un incontro bimensile con tutti gli attori coinvolti per condividere le informazioni ed individuare eventuali criticità

I dati in ordine ai tempi di attesa e sui volumi di produzione vengono regolarmente condivisi con i Direttori di UOC di Chirurgia ed Anestesia.

Inoltre si precisa che obiettivo primario della Azienda USL era mantenere i volumi di produzione complessivi in linea con il dato storico e migliorare i TdA ab initio degli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio per estendere tale controllo alle altre casistiche trattate.

Si precisa che tale progetto è stato predisposto a isorisorse.

PROBLEMA INIZIALE

Si elencano i nodi critici e le barriere organizzative incontrate: i dati complessivi del sistema gestione lista di attesa presentavano un basso livello di attendibilità tale da non consentire di effettuare la programmazione sanitaria

Le cause erano cliniche (carenza nella compilazione della scheda di proposta di ricovero ed attribuzione di codice di priorità non pertinenti rispetto alla gravità clinica del paziente) e informatiche (interfaccia sistema) Inoltre la Direzione strategica richiedeva al servizio Gestione Operativa di valutare se la capacità produttiva delle strutture fosse adeguata rispetto al numero dei pazienti immessi in lista di attesa (casi incidenti)

Si elencano i nodi critici e le barriere organizzative incontrate: i dati complessivi del sistema gestione lista di attesa presentavano un basso livello di attendibilità tale da non consentire di effettuare la programmazione sanitaria

Le cause erano cliniche (carenza nella compilazione della scheda di proposta di ricovero ed attribuzione di codice di priorità non pertinenti rispetto alla gravità clinica del paziente) e informatiche (interfaccia sistema) Inoltre la Direzione strategica richiedeva al servizio Gestione Operativa di valutare se la capacità produttiva delle strutture fosse adeguata rispetto al numero dei pazienti immessi in lista di attesa (casi incidenti)

OBIETTIVI

1. Formare i clinici a fornire tutte le informazioni utili per una corretta gestione della lista ivi compresa la corretta attribuzione del codice di priorità
2. Monitorare le patologie chirurgiche indicate dalla delibera regionale, nonché tutti gli interventi in codice A, verificando il rispetto dei tempi in subordine al codice di priorità assegnato. In maggior dettaglio:
 - a) patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg
 - b) protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg
 - c) per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità
3. Nel garantire il rispetto dei Tempi di attesa per le patologie oggetto di monitoraggio, mantenere al contempo i volumi e le casistiche chirurgiche complessive in linea con gli anni precedente
4. Coinvolgere i clinici in tale processo poiché uno dei punti di forza nei processi di cambiamento è quello di garantire il debito informativo a tutti gli attori del sistema
5. Migliorare la qualità del dato
6. Confrontare i dati contenuti nei diversi software al fine di verificarne l'attendibilità

7. Estendere tale processo alle patologie non monitorate
 - d) **patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg**
 - e) **protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg**
 - f) **per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità**
8. **Nel garantire il rispetto dei Tempi di attesa per le patologie oggetto di monitoraggio, mantenere al contempo i volumi e le casistiche chirurgiche complessive in linea con gli anni precedente**
9. **Coinvolgere i clinici in tale processo poiché uno dei punti di forza nei processi di cambiamento è quello di garantire il debito informativo a tutti gli atto del sistema**
10. **Migliorare la qualità del dato**
11. **Confrontare i dati contenuti nei diversi software al fine di verificarne l'attendibilità**
12. **Estendere tale processo alle patologie non monitorate**

Descrizione del progetto

1) L'analisi dei dati è partita dallo stato di fatto (*as is*) attraverso il monitoraggio dei tempi di attesa, confrontando anche dati diverse tra loro e le informazioni paziente, successivamente sono state poste di azioni correttive, mettendo in atto:

- un'analisi retrospettiva da SDO
- un'analisi prospettica direttamente dalle liste di attesa

Dopo attento lavoro, sono state individuate le criticità del monitoraggio prospettico, contestualmente è stata predisposta una massiva pulizia delle liste di attesa

La necessità di avere un monitoraggio prospettico, con dati affidabili, nasceva dal fatto che tale analisi consente di individuare tempestivamente le criticità, che sono infatti emerse numerose:

- Codici di priorità assegnati in modo non appropriato
- Pazienti non posizionati in stato sospeso
- Pazienti ancora in fase di studio, che non avevano completato il grading chirurgico, inseriti in lista come pronti per l'intervento e non sospesi

2) Successivamente, al fine di comprendere l'andamento della capacità produttività del comparto operatorio rispetto alla domanda (consistenza della lista di attesa ed immissione di nuovi casi) sono stati estratti e confrontati per il biennio 2015_2016 il numero di immissioni in lista (volume della domanda) e il numero di ricoveri (volume della produzione), articolati per anno, per ciascuna disciplina chirurgica con un focus nelle patologie oggetto di monitoraggio. Dai dati è emerso un forte disallineamento tra domanda e offerta.

Il confronto summenzionato è necessario per permettere 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.

- 3) Inoltre a fronte dell'unificazione dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia con l'avvenuta il 01/07/2017 è stato fatto un lavoro di monitoraggio e confronto dei volumi di attività chirurgica sulle diverse sedi in modo da individuare casistiche e tempi operatori per trovare performers e le best practices
- 4) Per quanto attiene ai codici di priorità è stato predisposto un capillare lavoro di revisione dei criteri di assegnazione dei casi alle classi di priorità verificandolo quotidianamente, ciò grazie condivisione dei criteri regionali e dei codici di priorità con i clinici della azienda.
- 5) Infine è stata predisposta puntuale pulizia delle liste di attesa posizionando correttamente i pazienti (es gestione delle sospensioni) e immissione del paziente in lista una volta stadiato chirurgico). Ciò ha permesso di utilizzare la lista di attesa come strumento inoltre è stato utilizzato sistematicamente lo stato di "Chiamato" per visita anestesiológica, tale stato consente di distinguere i pazienti tra loro.
- 6) Sono stati visionati in ultimo tutti i codici di intervento e diagnosi poiché elevato era il livello di imprecisione nella codifica

1) L'analisi dei dati è partita dallo stato di fatto (*as is*) attraverso il monitoraggio dei tempi di attesa, confrontando anche dati diverse tra loro e le informazioni paziente, successivamente sono state poste di azioni correttive, mettendo in atto:

- un'analisi retrospettiva da SDO
- un'analisi prospettica direttamente dalle liste di attesa

Dopo attento lavoro, sono state individuate le criticità del monitoraggio prospettico, contestualmente è stata predisposta una massiva pulizia delle liste di attesa

La necessità di avere un monitoraggio prospettico, con dati affidabili, nasceva dal fatto che tale analisi consente di individuare tempestivamente le criticità, che sono infatti emerse numerose:

- Codici di priorità assegnati in modo non appropriato
- Pazienti non posizionati in stato sospeso
- Pazienti ancora in fase di studio, che non avevano completato il grading chirurgico, inseriti in lista come pronti per l'intervento e non sospesi

2) Successivamente, al fine di comprendere l'andamento della capacità produttività del comparto operatorio rispetto alla domanda (consistenza della lista di attesa ed immissione di nuovi casi) sono stati estratti e confrontati per il biennio 2015_2016 il numero di immissioni in lista (volume della domanda) e il numero di ricoveri (volume della produzione), articolati per anno, per ciascuna disciplina chirurgica con un focus nelle patologie oggetto di monitoraggio. Dai dati è emerso un forte disallineamento tra domanda e offerta.

Il confronto summenzionato è necessario per permettere di programmare l'assegnazione delle risorse a base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità.

- 7) Inoltre a fronte dell'unificazione dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia con l'avvenuta il 01/0 fatto un lavoro di monitoraggio e confronto dei volumi di attività chirurgica sulle diverse sedi individuare casistiche e tempi operatori per trovare performers e le best practices
- 8) Per quanto attiene ai codici di priorità è stato predisposto un capillare lavoro di revisione assegnazione dei casi alle classi di priorità verificandolo quotidianamente, ciò grazie condivisi regionali e dei codici di priorità con i clinici della azienda.
- 9) Infine è stata predisposta puntuale pulizia delle liste di attesa posizionando correttamente i pazienti (es gestione delle sospensioni) e immissione del paziente in lista una volta stadiato chirurgico). Come permesso di utilizzare la lista di attesa come strumento inoltre è stato utilizzato sistematicamente lo stato di "Chiamato" per visita anestesiologicala, tale stato consente di distinguere i pazienti tra loro
- 10) Sono stati visionati in ultimo tutti i codici di intervento e diagnosi poiché elevato era il livello di dettaglio nella codifica (no tabelle)

RISULTATI

Obiettivo 1: MIGLIORE ATTRIBUZIONE DELLE CLASSI DI PRIORITA'

Tale dato risulta in miglioramento

Obiettivo 2a : MONITORAGGIO RETROSPETTIVO

Raggiungimento dell'obiettivo di rispetto del 90% dei tempi della classe di priorità (dato retrospettivo da SDO) sia per la casistica oncologica che per le altre patologie oggetto di monitoraggio.

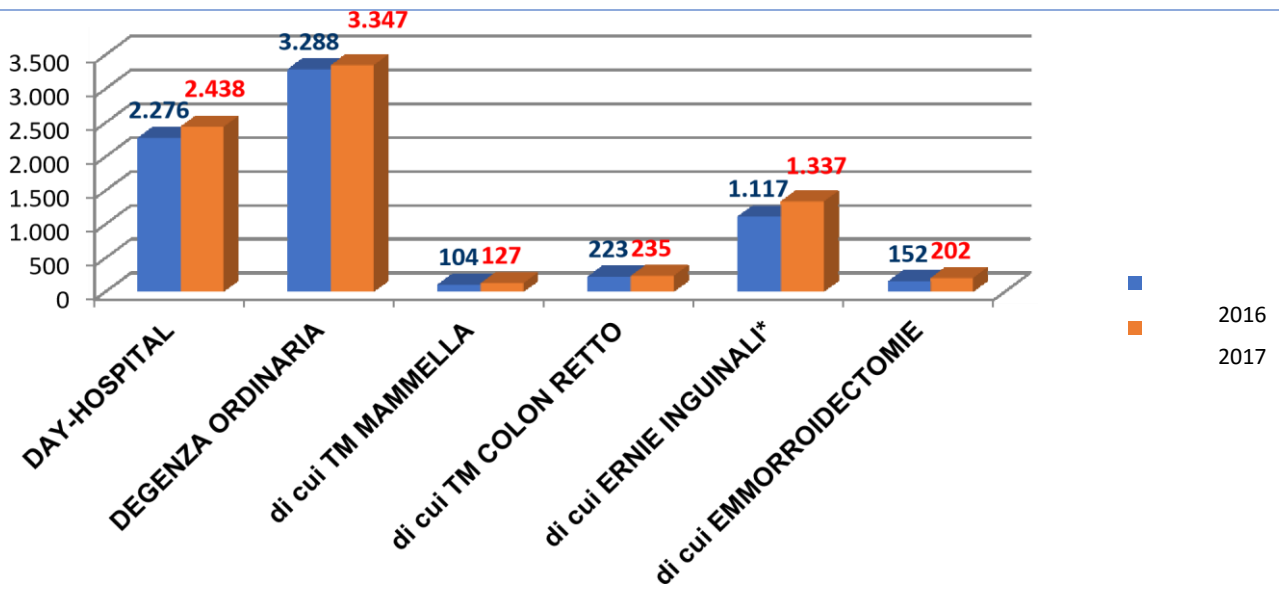
Obiettivo 2 b: RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA ANCHE DA ANALISI PROSPETTICA

Obiettivo 1) MIGLIORE ATTRIBUZIONE DELLE CLASSI DI PRIORITA' Tale dato risulta in miglioramento

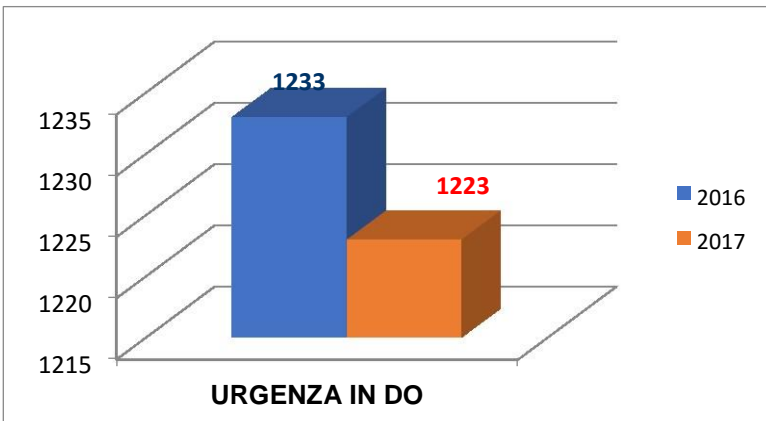
Obiettivo 2a : MONITORAGGIO RETROSPETTIVO

Raggiungimento dell'obiettivo di rispetto del 90% dei tempi della classe di priorità (dato retrospettivo da SDO) sia per la casistica oncologica che per le altre patologie oggetto di monitoraggio.

Obiettivo 2 b: RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA ANCHE DA ANALISI PROSPETTICA



TIPO RICOVERO	URGENZA	
	2016	2017
URGENZA IN DO	1233	1223



GESTIONE PROSPETTICA E RETROSPETTIVA DEI DATI RELATIVI ALLE LISTE D'ATTESA, IMPLEMENTAZIONE DEL NOMENCLATORE SIGLA E SVILUPPO DI SISTEMI DI MONITORAGGIO AUSL DI MODENA

STRUTTURE COINVOLTE

Direzione Operativa Logistica Integrata e Gestione operativa dei percorsi chirurgici
Ingegneria clinica aziendale
ICT aziendale

REFERENTE: Federico Silipo

ABSTRACT

Il governo delle liste d'attesa è imprescindibile dalla possibilità di monitorare costantemente l'andamento e le fluttuazioni della domanda e della capacità produttiva. Per poter tracciare puntualmente i trend degli inserimenti e della produzione è indispensabile disporre di un sistema di monitoraggio dinamico, aggiornato ed corrispondente ai flussi che alimentano il sistema informativo.

PROBLEMA INIZIALE

Non esiste in azienda un cruscotto di monitoraggio dinamico in grado di monitorare la domanda di prestazioni chirurgiche programmate per ciascun erogatore presente sul territorio provinciale che confluisca in un unico sistema centralizzato. L'analisi dei tempi d'attesa e dei volumi della casistica risulta complessa e approssimativa, non consentendo una puntuale programmazione della produzione orientata al fabbisogno reale. Inoltre il nomenclatore SIGLA necessita di essere allineato al nuovo nomenclatore fornito a livello regionale negli applicativi aziendali per la gestione delle liste d'attesa per prestazioni chirurgiche programmate.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

In ottemperanza a quanto contenuto nella DGR 272/2017 in merito al Completamento dell'informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale; l'Azienda Usl di Modena intende sviluppare sistemi di monitoraggio aziendale prospettico e retrospettivo in grado di consentire interventi mirati laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa. Il progetto prevede quattro fasi e coinvolge diverse professionalità all'interno dell'azienda:

- 1) Monitoraggio Prospettico e retrospettivo: Definizione dei campi di monitoraggio in grado di rispondere in tempo reale ai questi degli utilizzatori

LISTE ATTESA:

- Totale pazienti in lista di attesa
- Totale pazienti che sfoceranno tra 10/20 giorni
- Proiezioni scadenze
- Nuovi inserimenti/ricoverati/annullati
- Statistiche soglie
- Statistiche soglie per patologia
- Andamento mensile giorni di attesa

- 2) Sviluppo di un cruscotto aziendale di monitoraggio dei tempi d'attesa
- 3) Allineamento nuovo nomenclatore SIGLA
- 4) Percorsi formativi sull'utilizzo del cruscotto, rivolti ai professionisti coinvolti nella gestione dei tempi d'attesa per prestazioni chirurgiche programmate.

1 e 2) Definizione dei campi di monitoraggio in grado di rispondere in tempo reale ai questi degli utilizzatori e sviluppo del cruscotto.

L'implementazione del progetto è stata realizzata attraverso l'analisi tecnica dei dati disponibili, la definizione delle esigenze di monitoraggio e la successiva implementazione tramite strumenti di Business Intelligence.

A) Analisi dei dati e delle esigenze di monitoraggio

I dati relativi ai pazienti inseriti in lista d'attesa sono gestiti tramite applicativi aziendali e resi disponibili per le elaborazioni tramite banche dati interne. Per potere assicurare il raggiungimento degli obiettivi legati ai tempi di attesa è stato individuato il data-set minimo che permette il monitoraggio, così composto:

- Id univoco inserimento in lista;
- ID e Descrizione lista di attesa aziendale;
- ID e Descrizione lista Sigla;
- Dati anagrafici paziente;
- Classe di priorità;
- Specialità chirurgica;
- Struttura ospedaliera;
- Stato della lista (In lista, Ricoverato, Annullato, Sospeso, Trasferito);
- Data inserimento in lista;
- Data ricovero;
- Data annullamento/sospensione/trasferimento;
- Data di scadenza.

Definizione delle dimensioni e delle variabili di interesse

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi si rende necessario mettere a disposizione degli operatori e della direzione strategica aziendale uno strumento che permetta il monitoraggio dello stato delle liste e dell'andamento degli indicatori retrospettivi, con una profondità di analisi che arrivi fino al dato anagrafico del paziente.

Le dimensioni di analisi individuate sono:

- il periodo temporale di interesse declinato per inserimento in lista, ricovero e annullamento;
- la specialità chirurgica;
- la lista sigla;
- lo stato della lista per paziente;
 - Le variabili di analisi sono:
 - numero di pazienti in lista;
 - intervallo di tempo prima della scadenza;
 - tempi di attesa medi;
 - percentuale dei pazienti operati nei tempi richiesti dalla classe di priorità.

Scelta della tecnologia

Una volta individuate le analisi da rendere disponibili sono stati definiti i requisiti tecnologici necessari per la realizzazione del cruscotto di monitoraggio ed è stato perciò definito lo strumento con cui realizzarlo.

I requisiti individuati sono:

- una infrastruttura che permetta l'aggiornamento dinamico del dato con tempistiche compatibili alle esigenze di monitoraggio;
- un sistema di trasferimento dei dati interno alla rete aziendale per garantire la sicurezza delle informazioni;
- uno strumento di visualizzazione distribuibile ai diversi attori aziendali coinvolti nel progetto, scalabile e completo di sistema di profilazione degli utenti che garantisca la possibilità di inibire l'accesso ai dati anagrafici dei pazienti permettendo però l'analisi quantitativa dei pazienti in lista e degli indicatori monitorati. La profilazione è necessaria anche a restringere il dato visualizzato ai soli pazienti in carico.

Realizzazione del cruscotto di monitoraggio e attività evolutiva

Nella fase di realizzazione sono state implementate le specifiche richieste per ciascun ambito di monitoraggio; al termine è stato eseguito il collaudo verificando la congruità del dato visualizzato e la corretta modalità di filtraggio per profilo utente.

Nell'ambito dell'evoluzione del sistema sono in corso aggiornamenti utili a gestire il dato di Sigla 2.0 e la correlazione tra l'inserimento in lista e l'intervento previsto per il paziente, collegando i dati al sistema di sala operatoria.

3) Allineamento nuovo nomenclatore SIGLA

Sulla base delle indicazioni regionali vengono aggiornati gli applicativi informatici di gestione liste d'attesa e di monitoraggio attraverso l'inserimento della correlazione fra diagnosi e dizionari SIGLA. Inserimento del campo diagnosi obbligatoria con codifica ICD-IX CM.

4) Percorsi formativi sull'utilizzo del cruscotto, rivolti ai professionisti coinvolti nella gestione dei tempi d'attesa per prestazioni chirurgiche programmate.

Vengono pianificati quattro giornate formative dedicate alla gestione delle LDA e all'implementazione e alla conoscenza delle nuove modalità di monitoraggio.(Fig.1) Le giornate rientrano nel piano formativo aziendale come attività prioritaria strategica per l'anno 2017. Viene richiesto l'accreditamento ECM che assegna agli eventi 9,3 crediti ECM per ciascuna giornata.

RISULTATI

➤ CRUSCOTTI DI MONITORAGGIO

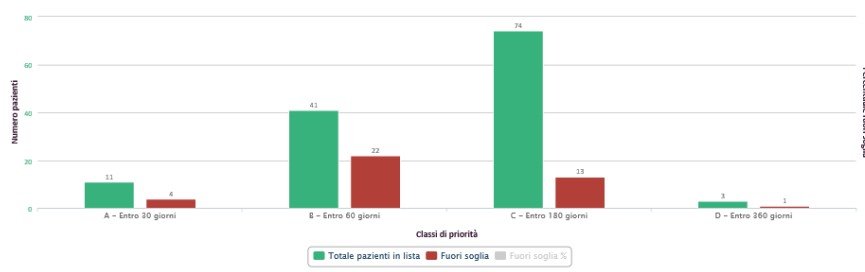
Creazione e implementazione del cruscotto "LISTE D'ATTESA", con accesso diretto da parte dei referenti SIGLA di ciascuna struttura operativa chirurgica, al monitoraggio delle liste d'attesa di pertinenza.

Il cruscotto creato ed implementato

- ❖ è uno strumento di monitoraggio DINAMICO;
- ❖ Permette di VISUALIZZARE lo stato della lista di attesa secondo delle query già inserite
- ❖ E' dunque uno strumento di VISUALIZZAZIONE e non consente modifiche
- ❖ È in tempo reale

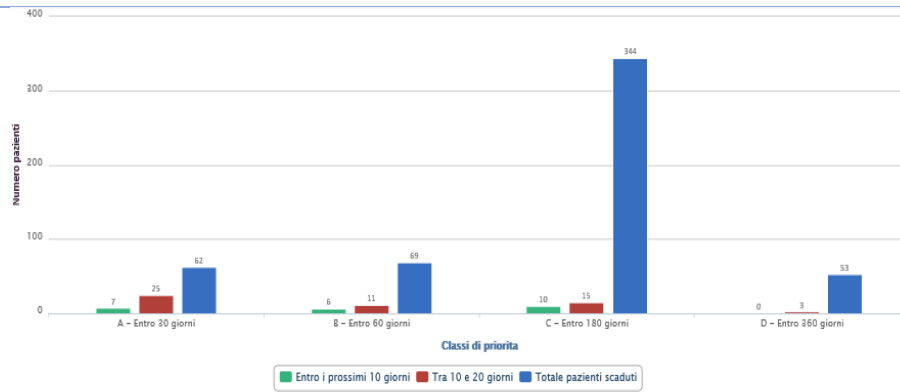
A titolo di esempio si riporta un focus su alcune delle sezioni:

- Totale pazienti in lista di attesa: l'output è il numero di pazienti totale in lista (verde). Nella colonna rossa viene riportato quanti, di questi pazienti, hanno già sfiorato il tempo massimo di attesa.

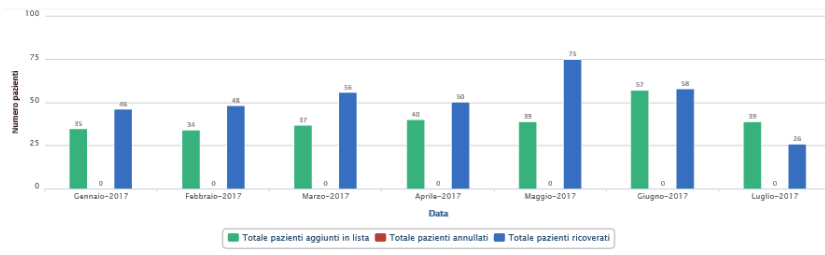


OSPEDALE	PATOLOGIA	A - Entro 30 giorni		B - Entro 60 giorni		C - Entro 180 giorni		D - Entro 360 giorni		Totale complessivo	
		Pazienti in lista	Pazienti fuori soglia	Pazienti in lista	Pazienti fuori soglia	Pazienti in lista	Pazienti fuori soglia	Pazienti in lista	Pazienti fuori soglia	Totale In Lista	Totale Fuori Soglia
	ALTRE PATOLOGIE	4	2	2	2	13	11	2	1	22	17
	ALTRE PATOLOGIE GENITALI	1		2	2	4		1		8	2
	PATOLOGIE CON INCONTINENZA URINARIA			4	4	15	2			19	6
	PATOLOGIE FUNZIONALI (CICLO ORMONALE) - ENDOMETRIOSI					1				1	

- Totale pazienti che sforeranno tra 10/20: Volumi per i pazienti che sforeranno tra 10 giorni (verde), tra 10 e 20 giorni (rosso) e il totale dei pazienti che hanno già sfiorato (blu) aggiornato alla data attuale con la possibilità di shiftare l'intervallo temporale modificando la data. Questa analisi è utile soprattutto alla pianificazione delle sale operatorie.



○ Nuovi inserimenti/ricoverati/annullati:

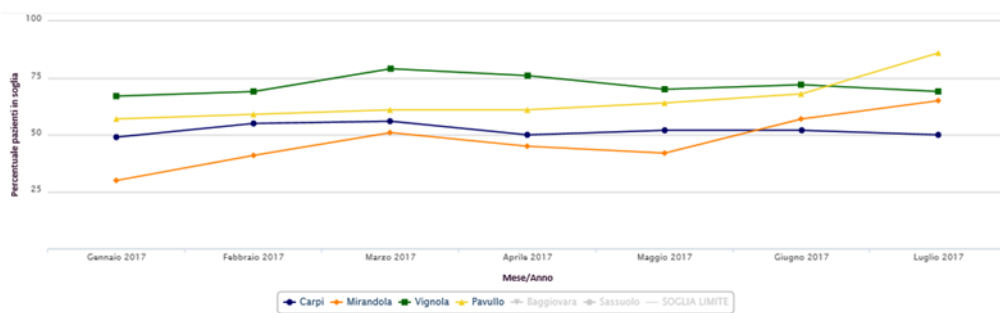


PATOLOGIA	A - Entro 30 giorni			B - Entro 60 giorni			C - Entro 180 giorni			D - Entro 360 giorni			Totale complessivo		
	Pazienti inseriti	Pazienti ricoverati	Pazienti annullati	Pazienti inseriti	Pazienti ricoverati	Pazienti annullati	Pazienti inseriti	Pazienti ricoverati	Pazienti annullati	Pazienti inseriti	Pazienti ricoverati	Pazienti annullati	Totale inseriti	Totale ricoverati	Totale annullati
ALTRE PATOLOGIE	2	28		3	12		22	12		22	6		49	58	
COLELITIASI	4			12	9		31	14		5	1		48	28	
CONTROLLO DI APERTURE SUPERFICIALI		3		3	13		5	9		1			9	25	
MAI ATTIE E FUNTIDRI															

Nell'arco temporale prescelto, è possibile apprezzare, filtrando la modalità di aggregazione più congeniale alla visualizzazione (giorno, settimana, mese), la differenza tra la capacità produttiva (ricoverati in blu) e la domanda (pazienti aggiunti in lista in verde). Sono presenti anche gli annullati (in rosso). Tra i ricoverati non sono comprese le urgenze. In questa sezione è possibile filtrare anche in base alla classe di priorità.

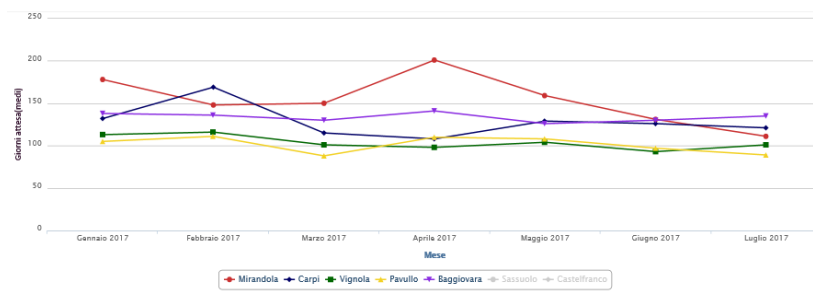
○ Statistiche soglie:

E' il famoso "semaforo" di valutazione della performance. Filtrando secondo il periodo di interesse, restituisce la % di pazienti operati entro i tempi ammessi (monitoraggio retrospettivo). Per comodità, è stato inserito il filtro "Monitorate" → selezionando "SI" verranno filtrate solo le patologie oggetto di monitoraggio.



Gli ospedali che non sono oggetto di interesse sono eliminabili cliccando sul nome dell'ospedale in legenda sotto il grafico.

○ Andamento mensile dei giorni di attesa



Rappresenta l'andamento dei giorni di attesa medi retrospettivi aggregati per mese. Può rispondere ad una possibile domanda: *"Tutti i pazienti operati a Carpi nel mese di Febbraio per ernia inguinale, quanti giorni hanno aspettato mediamente prima dell'intervento?"*. Conseguentemente, è molto importante filtrare in base alle diverse classi di priorità per avere un risultato che abbia maggior valore informativo.

- Confronto liste attese: è una reportistica dinamica ancora work in progress
- Elenco pazienti: utile al personale prericovero per gestione amministrativa dei pazienti
- **MONITORAGGIO RETROSPETTIVO "TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI E MONITORATI DALLA REGIONE E-R"**

Il monitoraggio retrospettivo dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici programmati e monitorati della regione E-R ha un duplice obiettivo.

Il primo obiettivo è legato alla qualità del flusso di informazioni tra la composizione delle liste di attesa, il flusso "SIGLA 2.0" ed il flusso SDO. Tutti i nosologici presenti in SDO devono trovare corrispondenza e congruenza in SIGLA 2.0 e nelle liste di attesa, ad eccezione dei pazienti ricoverati e non ancora dimessi.

Il raggiungimento del primo obiettivo consente di perseguire il secondo avendo una base dati verosimile e robusta. Quest'ultimo obiettivo ha come fine il monitoraggio delle performance sul rispetto dei tempi di attesa. Il continuo monitoraggio dell'indicatore "percentuale dei ricoveri chirurgici programmati e monitorati che rispettano i tempi di attesa assegnati dalla classe di priorità attribuita", oltre a fornire indicazioni sullo stato della performance del rispetto dei tempi di attesa, aiuta ad identificare eventuali criticità ed innescare processi organizzativi correttivi.

EVENTUALI COSTI

- *Sviluppo dell'applicativo SIO*
- *Sviluppo cruscotto monitoraggio (poiché lo strumento di interrogazione è stato sviluppato dall'Azienda AUSL di Modena, lo sviluppo tecnico dell'applicativo da parte del fornitore ha consentito una riduzione dei costi).*
- *N. 4 giornate formative di 8 ore a giornata (formati circa 100 operatori tra medici chirurghi afferenti a diverse discipline, infermieri di prericovero e degenze chirurgiche, direzioni sanitarie e di struttura) con riconoscimento di 9.3 crediti ECM per ciascuna giornata.*

ALLEGATI

Allegato 1 DGR 272/2017

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, così come successivamente modificato ed integrato, il quale:

- all'art. 1, comma 2, individua fra i principi nel cui rispetto opera il Servizio Sanitario Nazionale quello di equità nell'accesso all'assistenza;
- all'art. 14 sancisce la necessità di adottare misure che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini stabilendo che le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere provvedano ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso ai servizi al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Sistema sanitario Nazionale;
- all'art 8-quinquies, comma 2 punto C, prevede che gli accordi contrattuali indichino i requisiti organizzativi del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, e all'art. 15 quinquies fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;

Visti inoltre:

- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- l'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute;
- l'articolo 1, comma 283 della suddetta legge n. 266/2005, che ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità, di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, nonché di promozione di analoghi organismi a

livello regionale e aziendale, che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dalla stessa legge;

Considerato:

- che l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;
- **che l'anzidetta Intesa Stato-Regioni, all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9;**

Vista l'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, rispetto alla quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo, in Emilia-Romagna con Delibera della Giunta Regionale n. 1532/2006;

Vista la Legge n. 120 del 3 agosto 2007, sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, nella quale si evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;

Vista l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede da parte delle regioni l'adozione di un piano attuativo, approvato in Emilia-Romagna con Delibera della Giunta Regionale n. 925/2011;

Vista la Legge n. 135 del 7 agosto 2012 sulle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini e in cui tra l'altro, si favorisce la

sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere;

Vista la Legge n. 189 dell'8 novembre 2012 di conversione del Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, con cui vengono definiti indirizzi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (art. 2 Decreto n. 158/12);

Visto l'articolo 41, comma 6, del D.Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 "Trasparenza del servizio sanitario nazionale" che prevede l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private;

Vista l'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con particolare riferimento all'art. all'art. 21 "Attività intramoenia";

Visto il decreto 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Viste:

- la propria deliberazione n.557/2000 ad oggetto: "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo";
- la propria deliberazione n. 1532/2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" con la quale si è provveduto a:
 - adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa;
 - stabilire che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, Ospedaliero-Universitaria e l'eventuale IRCCS di riferimento, predisponessero il proprio Programma attuativo aziendale da sottoporre al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- la propria deliberazione n. 73/2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06" con la quale si è provveduto a definire le linee guida "Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", per disciplinare le procedure per dare risposta a situazioni di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n. 175 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010", in particolare al capitolo 3.5.2 "Accessibilità ai servizi e tempi di attesa", che ribadisce la necessità di sfruttare pienamente gli strumenti

organizzativi e gestionali che consentono di migliorare il sistema di produzione;

- la propria deliberazione n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" con la quale sono state date disposizioni alle Aziende USL di integrare il programma attuativo aziendale, disponendo, al fine di ottimizzare il raggiungimento dei risultati attesi, lo stanziamento di un finanziamento ad hoc, ed è stato dato il mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali di istituire un Tavolo di coordinamento regionale con il compito di valutare le attività svolte dalle singole Aziende in tema di liste di attesa;
- la propria deliberazione n.748/2011 "Linee guida CUP" in recepimento delle Linee guida nazionali;
- la propria deliberazione n. 925/2011 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" con la quale:
 - è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010;
 - sono state date disposizioni alle Aziende USL per l'elaborazione e l'avvio di un Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa sia per la parte di specialistica ambulatoriale che per la degenza;
 - sono stati approvati dal Tavolo tecnico regionale, e sostenuti economicamente, i Programmi attuativi aziendali di tutte le Aziende sanitarie;
- la propria deliberazione n. 1131/2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della L. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal D.L. n. 158 del 13/9/2012 a seguito della quale è stata effettuata la ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio della libera professione intramoenia e del volume delle prestazioni erogate nell'ultimo biennio; e si è ribadita la necessità del monitoraggio dell'attività libero-professionale rispetto all'attività istituzionale in modo che il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;
- la propria deliberazione n. 1621/2013, circolari applicative n. 158950 del 2/7/2013, 231682 del 10/6/2014 (e successive integrazioni) attraverso le quali si indirizzano le aziende sanitarie alle modalità con cui rispondere agli obblighi di pubblicazione delle liste di attesa sia sul versante dell'attività di ricovero che di specialistica ambulatoriale;
- la propria deliberazione n. 1735/2014 "Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende

del servizio sanitario regionale per l'anno 2014" in cui al paragrafo "Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche" si indicano le azioni prioritarie, che le Aziende sanitarie dovranno attuare con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e contenere i tempi di attesa;

- la circolare n. 21 del 10/11/2014 (nota prot. 0420632/2014) in cui, in applicazione della propria deliberazione n. 1735/2014, di cui sopra, le Aziende hanno elaborato i Programmi straordinari per il contenimento dei tempi di attesa;
- la propria deliberazione n. 901/2015 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015" in cui tra gli obbiettivi di mandato per le Aziende sanitarie assumono rilievo quelli inerenti la facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero di cui al paragrafo 1.1 dell'Allegato A (IV);
- la propria deliberazione n. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'ascenso alle prestazioni sanitarie" con la quale sono state date indicazioni alle Aziende Sanitarie in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
- la propria deliberazione n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. salute 70/2015";
- la propria deliberazione 1003/2016 recante "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016" in cui tra gli obiettivi di mandato per le Aziende sanitarie assumono rilievo quelli inerenti la facilitazione all'accesso e la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di cui al punto 3.1 dell'Allegato A, laddove è prevista l'emanazione di una specifica delibera di Giunta regionale contenente le indicazioni alle Aziende Sanitarie, previsione alla quale si dà attuazione con il presente provvedimento;

Tenuto conto che:

- il programma di mandato della Giunta (X Legislatura) è caratterizzato da un forte impegno per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero e che a tal fine sono state fornite precise indicazioni alle direzioni generali e obbiettivi specifici alle aziende sanitarie per la programmazione del 2015 e del 2016;
- tutte le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, hanno adottato un programma straordinario per migliorare significativamente i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte dello specialista in caso

di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici;

Considerato che la Regione ha inoltre responsabilizzato le Direzioni aziendali (ed in particolare quelle Sanitarie):

- inserendo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa nella delibera di programmazione annuale e nella delibera con gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali;
- vincolando prioritariamente il riconoscimento di incentivazioni economiche al raggiungimento dei risultati in tema di governo delle liste di attesa;

Ritenuto che le Aziende oltre che proseguire nell'adozione di tutti gli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari, sono tenute a monitorare la libera professione, un regime di erogazione che, pur rappresentando un'opportunità per il cittadino e per il professionista, deve essere legato esclusivamente ad una libera scelta e non essere alimentato dai lunghi tempi di attesa in regime istituzionale;

Rammentato inoltre che Aziende sono autorizzate a sospendere l'attività libero-professionale in quelle specialità che in regime istituzionale hanno tempi di attesa più lunghi rispetto alla libera professione;

Richiamata la Legge 724/94 che all'art. 3, comma 8, istituisce, al fine di garantire la trasparenza nella gestione dell'accesso, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e succ.mod.;
- la L.R. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e succ. mod.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche e integrazioni;

- il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modifiche;
- la propria delibera n. 89/2017 "Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017/2019";

Richiamate infine le proprie delibere n.193/2015, n.516/2015, n.628/2015, n.2185/2015, n.2189/2015, n. 56/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n.1681/2016, n. 2344/2016 e n. 3/2017 di riorganizzazione dell'ente Regione e di attribuzione degli incarichi dirigenziali;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di disporre che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi gli interventi per il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati secondo le tempistiche e gli obbiettivi descritti nell'Allegato parte integrante della presente deliberazione;
2. di confermare la necessità di utilizzare a livello aziendale e regionale, tutti gli strumenti finalizzati al governo dei tempi di attesa indicati negli atti normativi sopra richiamati;
3. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT;
4. di dare atto infine che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

Piano di gestione per l'accesso alle prestazioni di ricovero programmato

La delibera 925/2011 indicava la necessità che le Aziende sanitarie svolgessero una attività di verifica dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato, di seguito **PRP**.

Con DGR 1056/2015 la regione Emilia-Romagna ha deliberato le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dettando gli obiettivi per gli anni 2015-2016.

Parimenti, con il presente piano per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato si confermano, per gli anni 2016-2017, le indicazioni contenute nella DGR 925/2011 ed in particolare si sottolinea la necessità di raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Il governo dei tempi di attesa deve essere condiviso con tutte le strutture erogatrici sia pubbliche che private accreditate almeno a livello dei singoli ambiti provinciali.

A Strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato

1 Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA)

Come indicato nella DGR n. 1003/16: "*Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016*", per potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa, è necessario identificare una figura di responsabile unica all'interno dell'Azienda (RUA).

Ferma restando la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, del Direttore Sanitario, il RUA può essere identificato nel Direttore Sanitario o in figura da questi delegata. Nell'ambito di processi di integrazione interaziendale, o comunque a fronte di una condivisione fra le direzioni aziendali, il RUA può essere individuato anche in forma congiunta fra più Aziende. Nel caso si individuino RUA aziendali è opportuno garantire un coordinamento provinciale unico. Il RUA deve garantire il presidio della organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili.

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.

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; 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.

Relativamente ai criteri di formazione delle liste, si richiama l'obbligo di pubblicazione introdotto dall'art.41 del DLgs 33/2013 come successivamente modificato ed integrato.

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.

Obiettivo:

- nomina del RUA con definizione delle specifiche funzioni

Tempi:

- Marzo 2017

2 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 uniformi a livello regionale (cataloghi, codifiche) e l'introduzione di metodi tecnico-organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativo) tali da consentire:

- uniformità a livello regionale, nel rispetto delle politiche aziendali, delle modalità di gestione delle liste di attesa;
- diffusione completa, a livello aziendale, dell'adozione degli strumenti informatici della 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;
- 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 di **SIGLA-Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa- (portale regionale)** affinché sia verificato il rispetto degli obiettivi di programmazione nonché venga effettuato il monitoraggio prospettico dei tempi di attesa per le PRP come esplicitato al successivo punto 3.

Obiettivo:

- completezza del sistema unico centralizzato ed informatizzato delle liste di attesa per le strutture pubbliche (adesione SIGLA di tutte le Aziende su tutte le discipline chirurgiche)
- monitoraggio dei volumi PRP e dei tempi di attesa in regime istituzionale e in libera professione (relativamente alla prestazione di ricovero e al percorso di accesso)

Tempi:

- Marzo 2017

Obiettivo:

- predisposizione di un sistema di prenotazione informatizzato ed adesione al sistema SIGLA per le strutture private accreditate

Tempi:

- Giugno 2017

3 Strumenti per il monitoraggio

Ricordato che, a livello nazionale, il monitoraggio dei tempi di attesa è effettuato in maniera retrospettiva sui dati SDO, per garantire una gestione prospettica dei dati relativi alle attese per le prestazioni di ricovero programmato, funzionale anche alla individuazione tempestiva di criticità e relative soluzioni, a livello regionale si ribadisce l'utilizzo del sistema SIGLA, alimentato dalle procedure informatizzate aziendali, sviluppato e mantenuto a cura della società in house regionale.

Il cruscotto di monitoraggio SIGLA sarà completato di funzionalità tali da garantire anche le esigenze di monitoraggio a livello aziendale.

Un ulteriore sviluppo del sistema di monitoraggio regionale è l'integrazione del sistema di classificazione di SIGLA, in buona parte declinato per patologia, con una classificazione di interventi e procedure chirurgiche, utilizzando codifiche ICD9-CM, funzionale alla gestione sovrazionale. L'adozione di tale classificazione dovrebbe inoltre permettere una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la programmazione di sala operatoria.

Obiettivo:

- implementare la classificazione ICD9 CM degli interventi in SIGLA

Tempi:

- Giugno 2017

4 Obiettivi e tempi di attesa

Come indicato nella delibera di programmazione e di finanziamento del 2016 (DGR 1003/2016), l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero programmato è prioritario per le prestazioni correlate alle patologie neoplastiche, alla protesi d'anca ed alle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (regime di ricovero diurno: chemioterapia; coronarografia; biopsia percutanea del fegato; emorroidectomia; riparazione di ernia inguinale.

regime di ricovero ordinario: by pass aortocoronarico; angioplastica carotidea; endoarterectomia carotidea; tonsillectomia) entro i tempi relativi alle specifiche classi di priorità per caso, come previste dall'accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002.

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi .

Obiettivo:

a) patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg

b) protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg

c) per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità In linea con il monitoraggio regionale, gli obiettivi verranno verificati retrospettivamente dai dati SDO fino alla realizzazione della completa alimentazione di SIGLA.

Tempi:

a) Patologie neoplastiche - Dicembre 2017, per le patologie prostatiche e vescicali entro tale termine dovrà essere concluso il lavoro di definizione dei criteri per l'assegnazione delle priorità l'inserimento in lista e, in particolare, per le seconde, di differenziazione degli interventi chirurgici dalla somministrazione per via endoscopica di farmaci.

b) protesi d'anca: Dicembre 2017

c) tutte le altre prestazioni: Dicembre 2017

B Appropriatelyzza**5 Appropriatelyzza**

Come per le prestazioni ambulatoriali, anche per le prestazioni di ricovero programmato gli aspetti relativi alla appropriatezza assumono un rilievo diretto rispetto alla garanzia di corretto utilizzo delle risorse e governo dei tempi di attesa. Anche in continuità con i contenuti della DGR 2040/2015 e delle linee di programmazione 2016 (DGR 1003/2016) si sottolineano i seguenti aspetti particolarmente rilevanti rispetto

all'obiettivo di standardizzare il percorso del paziente chirurgico e di raggiungere criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica.

a. Valutazione multidisciplinare in oncologia

Obiettivo:

- come già sottolineato ed indicato dalla DGR 2040/2015, è mandatorio che in tutti i centri che trattano casistica oncologica, l'indicazione chirurgica venga posta sempre a seguito di valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team. A tal fine le Aziende e i Centri privati accreditati devono definire procedure che garantiscano la coerenza dei percorsi di accesso alle PRP rispetto a tale requisito.

Tempi:

- Giugno 2017

b. Volumi ed esiti

Obiettivo:

- relativamente alle indicazioni contenute nel DM 70/2015, così come specificate nella DGR 2040/2015, e agli indicatori di cui al DM 21 giugno 2016, inerenti i volumi di attività e le soglie di esito per interventi chirurgici programmabili, le Aziende e le strutture private accreditate devono definire criteri di accesso alle PRP che garantiscano il rispetto dei volumi di cui alle indicazioni normative succitate, tenendo conto anche dei dati relativi alle soglie di esito.

Tempi:

- Giugno 2017

c. Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria

Obiettivo:

- per ogni azienda sanitaria dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione perioperatoria del paziente. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso.

Tempi:

- Giugno 2017

Obiettivo:

- a livello regionale verranno definiti, in collaborazione con le Aziende, profili standard di riferimento preoperatori condivisi fra i professionisti e omogenei, per la valutazione anestesiologicala dei pazienti da sottoporre a prestazioni di ricovero programmato.

Relativamente a tale attività sarà necessario predisporre, con un linguaggio facilmente comprensibile e nel rispetto dei principi della Health Literacy, documenti informativi regionali che focalizzino gli aspetti anestesiologicali.

Tempi:

- Giugno 2017

d. Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità

Obiettivo:

- nell'ambito del sistema informatico centralizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, andrà garantita la definizione dei criteri di assegnazione dei casi alle classi di priorità. Il RUA dovrà garantire la omogeneità e coerenza con le indicazioni regionali su tutto l'ambito aziendale, fatto salvo quanto previsto al punto 4 per le patologie oncologiche prostatiche e vescicali.

Tempi:

- Marzo 2017

*e. Analisi comparativa tassi specifici di utilizzo***Obiettivo:**

- Il livello regionale dovrà garantire la produzione di analisi comparative del tasso di utilizzo specifico nei diversi territori provinciali per i principali interventi chirurgici, in particolare per le tipologie associate, sulla base delle risultanze della letteratura, a margini ampi di variabilità decisionale. Tali analisi comparative andranno utilizzate in ambito aziendale per valutazioni di appropriatezza specifica.

Tempi:

Marzo 2017

f. Trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o di ricovero diurno al regime ambulatoriale in coerenza con la DGR 2040/2015 e DGR 1003/2016

Relativamente alle prestazioni per le quali sono già state formulate indicazioni relative all'appropriateo trasferimento verso livelli assistenziali a minore intensità le Aziende dovranno garantire il completamento di tale trasferimento senza effetti negativi sulla qualità della prestazione secondo le percentuali tendenziali che saranno definite a livello regionale.

Obiettivo:

- definizione percentuali di riferimento per trasferimento con circolare regionale

Tempi:

- Marzo 2017

Obiettivo:

- raggiungimento percentuali di trasferimento per erogatore

Tempi:

- Dicembre 2017

*g. Migliorare la presa in carico del paziente predisponendo percorsi clinici univoci e standardizzati per patologie ad alta prevalenza.***Obiettivo:**

- oltre alle attività da condurre a livello locale, il livello regionale, con il concorso delle Aziende, svilupperà i percorsi clinico-assistenziali di riferimento per la chirurgia oncologica della mammella

Tempi:

- Giugno 2017

C Comunicazione al paziente*6 Semplificazione accesso*

Ai diversi livelli, aziendale, provinciale e regionale, dovranno essere uniformate le procedure di accesso alle prestazioni di ricovero programmato secondo principi di trasparenza e semplificazione. A livello di singolo stabilimento tali procedure devono garantire una gestione centralizzata.

Obiettivo:

- garanzia di percorsi uniformi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato di livello aziendale

Tempi:

- Giugno 2017

7 Informazione ai pazienti

Le aziende devono predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Tali materiali, per i diversi canali informativi devono contenere le informazioni inerenti le modalità di accesso, gli elementi più significativi del percorso di accesso, le modalità di contatto che la struttura adotterà verso il paziente nel corso della sua permanenza in lista, anche con la finalità di garantire la cosiddetta “pulizia” della lista e l’eventuale offerta di sedi alternative per i casi che stanno attendendo troppo a lungo. Dovrà inoltre essere specificata la modalità di visualizzazione da parte del paziente della propria posizione in lista rispetto alla priorità.

Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.

Obiettivo:

- presenza di materiali e strumenti informativi uniformi di livello almeno aziendale.

Tempi:

- Marzo 2017

8 Comunicazione e informazione al paziente in corso di permanenza in lista

La comunicazione della data/periodo previsto per il ricovero, al momento della iscrizione in lista, rappresenta un diritto per i cittadini e deve pertanto essere un obiettivo verso il quale far convergere tutte le diverse azioni messe in campo per il miglioramento dell’accesso alle PRP.

Tenuto conto di come, allo stato attuale, solo in una percentuale di casi limitata, alla iscrizione in lista corrisponde la comunicazione della data/periodo previsto di ricovero è necessario adottare pratiche trasparenti e professionali di comunicazione ed informazione al paziente in corso di permanenza in lista.

Dal punto di vista informativo occorre garantire la visualizzazione della propria posizione in lista per livello di priorità ed il tempo prospettato per il trattamento.

Durante la permanenza in lista andranno previsti contatti gestiti dagli operatori attraverso canali di comunicazione anche diversificati (telefono, posta elettronica, canali informatici per il contatto diretto), che permettano di: richiedere al paziente conferma della volontà di permanere in lista, a fronte del tempo che è realisticamente prospettabile, avvisare il paziente in prossimità della data di ricovero, o di avvio del percorso pre-ricovero e prospettare sedi alternative di trattamento in caso di previsto superamento dei tempi di attesa.

Obiettivo:

- definizione delle modalità di comunicazione ed informazione aziendali al paziente in corso di permanenza in lista.

Tempi:

- Giugno 2017

Obiettivo:

- adozione di applicativo regionale per la gestione informatizzata della comunicazione ed informazione al paziente in corso di permanenza in lista (a cura della società in house regionale).

Tempi:

- Giugno 2017

Obiettivo:

- integrazione applicativi finalizzata alla definizione della data/periodo previsto per il ricovero al momento dell’inserimento in lista.

Tempi:

- Dicembre 2017

D Miglioramento della capacità produttiva**9. Integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche**

La integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle sale operatorie risponde in primo luogo ad un criterio di trasparenza nella gestione degli accessi alle prestazioni di ricovero programmato. Anche il pieno utilizzo delle potenzialità produttive e la loro miglior finalizzazione al superamento delle criticità relative alle liste di attesa risulta più agevole se le procedure vengono integrate. Ciò anche in relazione alla possibilità di produrre statistiche (tempi medi di utilizzo della sala per intervento, utilizzo presidi, etc.) che permettono di formulare programmazioni settimanali basate su dati oggettivi e statisticamente significativi. Resta ferma, evidentemente, la necessità di garantire il pieno utilizzo delle sale operatorie.

Obiettivo:

- garantire l'integrazione fra le procedure di gestione informatizzata dell'accesso alle prestazioni di ricovero e quelle di programmazione e gestione delle sale operatorie

Tempi:

- Dicembre 2017

10. Programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa

La 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 può trarre un impulso decisivo dalla integrazione di cui al punto precedente, ma può essere realizzata anche a prescindere dal completamento della integrazione delle procedure informatiche. Oltre agli aspetti tecnici, 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.

Obiettivo:

- programmazione delle risorse chirurgiche e anestesologiche sulla base della criticità delle liste di attesa

Tempi:

- Giugno 2017

11. Impiego ottimale piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni

Nelle situazioni in cui sia garantito il pieno utilizzo delle sale operatorie e permangano criticità nelle liste di attesa, va programmato l'utilizzo su sei giorni, anche per attività chirurgica programmata, delle sale operatorie.

Obiettivo:

- programmazione sale operatorie su sei giorni per superamento criticità

Tempi

- Giugno 2017

12 Utilizzo finalizzato al recupero delle liste di attesa della quota, specifica per l'attività di ricovero, derivante dalla applicazione del 5% prevista dall'art. 2 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189.

Obiettivo:

- il fondo ex 5%, stimabile relativamente alla specifica attività di ricovero a livello regionale in € 860.000, previa informazione alle OOSS, deve essere finalizzato alle attività di recupero dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmato critiche. Tale utilizzo deve privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggior criticità.

Tempi:

- Marzo 2017

13. Finalizzazione delle attività riconosciute come attività aggiuntiva al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato.

Obiettivo:

- almeno il 30% degli importi dedicati al riconoscimento di attività aggiuntiva devono presentare una finalizzazione alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmato critiche. L'impiego di tali importi deve privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggiore criticità.

Tempi:

- Marzo 2017.

14 Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h

Una corretta, condivisa ed omogenea gestione dei percorsi di valutazione preoperatoria e di chiamata dei pazienti dovrebbero influire positivamente sulle dimensioni dei rinvii di interventi programmati nelle successive 48h. Nel 2015 le dimissioni da reparti chirurgici classificate con il codice di "intervento rinviato" sono state 2.150, e la proiezione relativa all'anno 2016 mostra un dato sostanzialmente sovrapponibile. Tale dato ricomprende sia i rinvii per cause sanitarie che quelli per cause organizzative. Al fine di limitare al minimo tale seconda tipologia occorre sottoporre a specifico monitoraggio i rinvii degli interventi programmati.

Obiettivo:

- avvio di un monitoraggio specifico dei rinvii degli interventi chirurgici in ogni Azienda

Tempi:

- Marzo 2017

15 Attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa

Deve essere perseguita la maggiore efficienza, in ambito provinciale, della attività chirurgica programmata per garantire i tempi di attesa previsti. La medesima finalità di garanzia dei tempi deve essere perseguita rafforzando le sinergie di rete in primo luogo all'interno della rete ospedaliera pubblica in ambito distrettuale e/o provinciale, successivamente, ricercando sinergie con il privato accreditato che insiste nell'area territoriale di competenza, attraverso la finalizzazione della committenza. Le sinergie di rete ai vari livelli dovranno garantire all'utente l'offerta di un'eventuale sede alternativa, nel rispetto della libera scelta del cittadino, in caso di mancata garanzia dei tempi di attesa.

Obiettivo:

- attivazione di modalità esplicite di integrazione dell'offerta per ambiti provinciali

Tempi:

- Dicembre 2017

Obiettivo:

- definizione delle modalità di offerta di sedi di trattamento alternative in caso di impossibilità a garantire i tempi previsti

Tempi:

Giugno 2017

D Attività libero professionale

16 Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia Nel 2015 su 197.000 ricoveri chirurgici programmati nelle strutture pubbliche, 3024 sono stati erogati in regime di libera professione, per una percentuale del 1.5%.

A livello di sistema il corretto rapporto fra attività istituzionale ed attività libero professionale previsto dalle normative è pertanto garantito in modo adeguato.

A livello delle singole aziende andrà monitorato in modo specifico, prevedendo il blocco dell'attività libero professionale nei casi che presentino criticità permanenti nel corretto rapporto fra volumi erogati istituzionalmente e in regime di libera professione e/o nei tempi di attesa.

Relativamente alla trasparenza dei percorsi, le Aziende dovranno garantire il monitoraggio comparativo dei tempi di attesa dei ricoveri in relazione all'accesso a partire da prestazioni istituzionali o prestazioni in regime libero professionale, garantendo che non vi siano differenze nei tempi di attesa, per classi di priorità, fra le due tipologie di prestazione.

Obiettivo:

- monitoraggio attività libero professionale in regime di ricovero e uniformità tempi in relazione alla tipologia di prestazione (istituzionale o libero professionale) che ha dato origine al percorso

Tempi:

- Marzo 2017

E Azioni a valenza esterna

17 Accordi regionali con il privato accreditato.

Le Aziende sono tenute ad attivare a livello locale, in applicazione degli accordi sottoscritti a livello regionale con le associazioni del privato accreditato, tavoli di integrazione pubblico-privato finalizzati al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato e alla definizione di modalità omogenee in materia di:

- percorsi chirurgici e di valutazione preoperatoria anestesiologicala
- appropriatezza
- organizzazione delle liste

Obiettivo:

- attivazione dei tavoli di integrazione pubblico-privato

Tempi:

- Marzo 2017

Obiettivo:

- condivisione dei percorsi chirurgici e di valutazione anestesiologicala preoperatoria

Tempi:

- Giugno 2017

ALLEGATO 2 Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

PREMESSA

La Regione Emilia-Romagna, con Delibera n. 272 del 2017 “Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna” ha disposto che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi gli interventi per il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati.

Uno degli strumenti necessari alla realizzazione di questo obiettivo è la approvazione di un *Regolamento aziendale di gestione dell'accesso ai ricoveri in elezione*, che stabilisca i criteri di composizione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, ordinari e diurni.

Indirizzi e regole omogenee, su tutto il territorio regionale, hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse. È stato dunque predisposto il presente documento finalizzato a fornire a tutte le aziende le linee di indirizzo per la redazione del *Regolamento aziendale*.

Una parte del presente documento riguarda l'informazione da garantire al cittadino, condizione indispensabile per operare scelte consapevoli e coinvolgerlo nel percorso di accesso al ricovero, delineando quindi un ruolo attivo dell'utente nella pianificazione del ricovero.

Per la definizione del presente documento, ci si è avvalsi della collaborazione delle Aziende Sanitarie, condividendo esperienze e procedure con i referenti aziendali di tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Sono stati analizzati i Regolamenti Aziendali già disponibili e i protocolli adottati per la gestione delle prenotazioni, valutando punti di forza e ambiti di miglioramento, al fine di ottimizzare, disciplinandola, la gestione del percorso per l'accesso alle prestazioni di ricovero. Le indicazioni che seguono sono il risultato di questo lavoro collegiale.

PROCEDURA DI GESTIONE DELL'ACCESSO AI RICOVERI PROGRAMMATI

Con il presente documento si indicano le linee comportamentali e i criteri metodologici da adottare per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri in elezione, ordinari e diurni.

Vengono declinate le modalità di regolazione e controllo dell'accesso al ricovero, stabilendo gli ambiti e i diversi profili di responsabilità, con lo scopo di garantire che la pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa siano governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

Proposta di Ricovero

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale:

1. Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (MMG, PLS);
2. Medico Specialista ambulatoriale convenzionato;
3. Dirigente Medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione, in istituzionale o in libera professione;
4. Dirigente Medico, di altra Struttura o Presidio ospedaliero che rientri in un PDTA formalizzato, in istituzionale.

Il medico proponente deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione: anagrafica (nome cognome data di nascita codice fiscale residenza recapito telefonico), , diagnosi ed intervento proposto nonché la richiesta di visita ove previsto. Quando la proposta di ricovero è generata da una visita in libera professione del medico specialista interno o convenzionato ospedaliero, non vi è necessità di ulteriore visita in istituzionale al fine dell'inserimento del paziente in lista; nel registro di prenotazione saranno tracciate le fasi della proposta di ricovero, nonché il nominativo del medico proponente il ricovero e la sua qualifica.

Lo specialista della struttura a cui afferisce la lista di attesa è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto nonché responsabile dell'attribuzione del caso alla classe di priorità e al livello di assistenza ospedaliera stabiliti in base alla verifica dei requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico; lo specialista ospedaliero, sia che valuti la proposta di altri, sia che formuli egli stesso l'indicazione al ricovero, garantisce la presa in carico del paziente che può prevedere, prima dell'inserimento in lista, una fase di approfondimento diagnostico o la necessità di terapie adiuvanti. Egli dispone l'inserimento del paziente nel sistema informatizzato aziendale della lista di attesa dei ricoveri e fornisce al paziente tutte le informazioni relative ai tempi presunti del ricovero, alla fase di pre-ricovero, nonché tutte le coordinate per potersi informare telefonicamente o di persona presso il reparto in cui è stato prenotato.

La presa in carico (FASE DI PRE-LISTA)

La presa in carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della Struttura che ne seguirà l'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento.

Il momento della presa in carico non sempre coincide con il momento di inserimento in lista, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e quindi non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente, oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adjuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento.

Massima attenzione deve essere posta quindi alla definizione del momento in cui il paziente ha i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento (idoneità all'intervento chirurgico).

Pertanto la data di prenotazione (inserimento in lista) corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. La valutazione multidisciplinare dell'indicazione all'intervento è obbligatoria per tutta la casistica oncologica.

Inserimento in lista (FASE DI LISTA DI ATTESA)

È importante regolare la programmazione dell'attività chirurgica in modo che sia possibile, al momento dell'inserimento in lista di attesa, stabilire un periodo certo di ricovero per l'effettuazione dell'intervento chirurgico.

Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione), sarà calcolato il tempo di attesa secondo le specifiche indicazioni contenute al capitolo 3 *“Procedura per la manutenzione della lista d'attesa”*.

La fase pre-operatoria (PRE-RICOVERO)

La fase pre-operatoria è avviata, sulla base del periodo previsto per il ricovero, mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero.

Gli obiettivi principali della fase pre-operatoria sono:

- Valutare le condizioni generali del paziente;
- Rilevare eventuali condizioni non diagnosticate che potrebbero determinare un problema intra o perioperatorio;
- Determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesiologicalo);
- Ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio perioperatorio;
- Definire, anche in accordo con il paziente, la strategia di gestione perioperatoria ottimale;

- Definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post-operatoria (day surgery, degenza ordinaria, eventuale transito in ambiente intensivo, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione ove prevedibili);
- Informare il paziente rispetto all'intervento, all'anestesia ed al percorso successivo al fine di ridurre il livello di ansia e facilitare il recupero post-intervento;
- Ridurre la durata della degenza, e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica.

Questa fase non ha dunque finalità di tipo diagnostico rispetto alla necessità dell'intervento chirurgico. Non rientrano quindi nel pre-ricovero le indagini o le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in lista di attesa.

Il pre-ricovero rappresenta uno step fondamentale nella gestione del paziente candidato ad intervento chirurgico programmato e deve essere effettuato nel rispetto di due parametri fondamentali: appropriatezza e tempestività. Per quanto riguarda l'appropriatezza dovranno essere seguite le raccomandazioni in materia di profili e indagini preoperatorie prodotte a livello regionale o locale sulla base di aggiornate evidenze scientifiche.

Quanto alla tempestività è opportuno adeguare l'organizzazione delle attività in modo che il paziente possa effettuare la valutazione pre-operatoria una volta inserito in lista di attesa e prossimo al ricovero; pertanto il tempo di esecuzione della visita e degli esami necessari rientra nel tempo di attesa: in questa fase il contatore del tempo di attesa è attivo.

È auspicabile che le Aziende provvedano alla programmazione chirurgica con un congruo anticipo, prevedendo di declinare tempi di programmazione certi e coerenti per le attività del pre-ricovero, nonché una adeguata organizzazione.

Ordine di accesso

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base ai seguenti fattori:

1. Livello di priorità clinica stabilita
2. Ordine cronologico di iscrizione in lista
3. Risorse necessarie

Criteri clinici di priorità

Per ciascuna patologia/intervento chirurgico, catalogate dal nomenclatore SIGLA, è stata effettuata un'analisi della distribuzione delle classi attribuite a livello regionale negli ultimi 3 anni. Laddove sia stato possibile identificare una classe più frequente (significativa da un punto di vista statistico), è

stata individuata una classe di priorità “iniziale” o “predefinita” allo scopo di fornire al professionista un supporto alla decisione. Tale classe può essere modificata al momento dell’inserimento in lista dal medico in base alla valutazione clinica di specifici parametri (di seguito dettagliati), che consentono di assegnare il paziente alla più corretta classe di priorità.

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive in funzione dell’evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso.

Lo scopo della classe di priorità è quello di determinare l’ordine di ingresso alla prestazione, consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione.

La classe è da assegnare valutando:

1. condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;
2. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
3. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

Le classi di priorità sono quattro, distinte in base alla priorità clinica, con i relativi tempi massimi di attesa; nel caso in cui si modifichino le condizioni del paziente già in lista, è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nella procedura aziendale.

Il livello di priorità clinica si fonda su criteri esplicitati e indicati per classe di priorità, declinate dall’accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002:

CLASSE	Descrizione
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Ordine di iscrizione in lista e cronologia di chiamata

Il paziente viene inserito in lista secondo la classe di priorità assegnata dal medico, fissando così una data di prenotazione, momento dal quale comincia ad essere calcolato il tempo di attesa per l'intervento chirurgico.

Al fine di rendere il processo di chiamata più efficiente ed equo, si suggerisce di ordinare i pazienti in lista in base ad uno "score" che sia 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).

Utilizzando, ad esempio, la formula seguente:

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

lo score associato al paziente i-esimo è calcolato come prodotto tra il tempo di attesa trascorso dal momento dell'inserimento in lista e un coefficiente di gravità, ottenuto come rapporto tra il tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente effettivamente presente nella relativa lista di attesa (ad esempio, 365 giorni nel caso di Classe D, 180 giorni nel caso di Classe C e così via) e il tempo massimo previsto dalla classe di gravità attribuita all'i-esimo paziente.

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.

Una metodologia di questo tipo consente di assicurare 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.

Risorse disponibili

Per risorse disponibili si intendono requisiti di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (es. spazio di sala operatoria, specialisti clinici e tecnici, materiale, apparecchiature e strumentario chirurgico) che si rendono necessari per condurre l'intervento chirurgico con il maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione. Esse rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività.

PROCEDURA PER LA MANUTENZIONE DELLA LISTA D'ATTESA

Chiamata dei pazienti

L'ordine di chiamata dei pazienti è stabilito secondo i criteri e l'eventuale supporto del sistema di score descritti precedentemente.

Pulizia della lista

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie.

I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, degli annullamenti e uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle agende di prenotazione.

Si precisa che in caso di modifica della priorità il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa).

In ogni struttura o sistema organizzato e centralizzato di gestione delle liste di attesa devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati (Referenti di gestione lista di attesa dei ricoveri) alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti, aggiornati periodicamente dalla Direzione Sanitaria; essi partecipano e collaborano con il RUA alla manutenzione della lista.

Sospensione

Si concretizza mentre il paziente è inserito in lista di attesa e può dipendere da:

- motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni);
- indisponibilità del paziente per motivi personali.

È uno stato della lista di attesa (stato SOSPESO) durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato (punteggio, score); il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo e il tempo di sospensione deve essere sottratto dal tempo di attesa.

È necessario che, a livello locale, si adottino comportamenti e procedure operative che tengano monitorato e governino il fenomeno dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o non noti. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

Nel caso in cui il gestore della lista effettui la chiamata per la visita di rivalutazione, prenotata attraverso i canali interni di prenotazione, e il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione, con compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito (ticket); a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva (stato ANNULLATO).

Quando la visita di rivalutazione clinica conferma la necessità di eseguire l'intervento, il medico avvia l'appropriato iter terapeutico, fornendo una data di ricovero.

Ogni modifica dello stato di lista, ogni atto diagnostico o terapeutico, ogni contatto e ogni cambio di iter terapeutico, deve avere riscontro nel registro informatizzato e comunicato puntualmente al paziente.

Uscita dalla lista di attesa

Si verifica quando:

- il paziente viene ricoverato e viene effettuato l'intervento chirurgico
- il paziente viene ricoverato e l'intervento chirurgico è rinviato
- il paziente viene cancellato

Rinvio

È il caso in cui il paziente è ricoverato e l'intervento chirurgico non può essere effettuato. In questo scenario è necessario valutare la possibilità, all'interno dello stesso episodio di ricovero, di riprogrammare l'intervento chirurgico. Nel caso in cui ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere stabilita e comunicata al paziente la nuova data di ricovero, da effettuarsi prima possibile, comunque entro 7 giorni.

Cancellazione

La cancellazione avverrà nei seguenti casi:

- rinuncia all'intervento chirurgico (vedi paragrafo successivo);
- annullamento (vedi paragrafo successivo);

- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati;
- irreperibilità del paziente (vedi paragrafo successivo);
- invio ad altra struttura che consenta il rispetto dei tempi di attesa.
- cancellazione dall'anagrafe sanitaria

Rinuncia

Condizione in cui il paziente, in qualsiasi momento, per sua libera ed irrevocabile scelta, non intenda effettuare l'intervento chirurgico: ne consegue la cancellazione o la dimissione volontaria dalla struttura; la rinuncia del paziente deve essere formalizzata e annotata nel registro o all'interno della documentazione clinica del ricovero.

Irreperibilità

La cancellazione a seguito di irreperibilità del paziente verrà effettuata, previa notifica via raccomandata o analogo, dopo due chiamate ai numeri di telefono comunicati dal paziente, annotate nel registro, effettuate con cadenza settimanale in giorni ed orari diversi.

Annullamento

Stato della lista di attesa in cui il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, formalizza una indisponibilità alla visita di rivalutazione per 2 volte consecutive; in questo caso viene cancellato dalla lista di attesa.

In caso di annullamento o irreperibilità il paziente dovrà essere informato (via raccomandata) della imminente cancellazione a meno di un contatto con la struttura. In caso di mancata risposta a tale comunicazione, la cancellazione diviene esecutiva. Il paziente cancellato può accedere ad una nuova prenotazione, solo dopo una rivalutazione clinica, iniziando un nuovo iter di immissione in lista.

SINERGIE DI RETE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, a fronte di specifici accordi o protocolli definiti, viene proposta al paziente una valida ed equivalente alternativa di ricovero all'interno della rete degli ospedali, pubblici o del privato accreditato, prioritariamente nel territorio provinciale, assicurando il rispetto dei tempi previsti per la classe di priorità assegnata. Qualora il paziente non accetti di effettuare l'intervento in altra struttura, così come proposto, viene a cadere il vincolo "contrattuale" di rispetto dei tempi massimi di attesa. Rimane valida l'iscrizione del paziente in lista di attesa e i tempi di esecuzione dell'intervento chirurgico seguiranno i tempi di scorrimento disponibili nella struttura ospedaliera.

È indispensabile la puntuale documentazione dei passaggi procedurali e la formalizzazione della scelta effettuata dal paziente.

GESTIONE INFORMATIZZATA DEL REGISTRO

Per conseguire gli obiettivi di corretta gestione definiti nei paragrafi precedenti è necessario disporre di sistemi informatizzati di gestione della lista di attesa collegati con strumenti, o moduli informatici, finalizzati alla pianificazione dell'attività chirurgica di sala operatoria. È auspicabile che lo sviluppo dei gestionali informatici integri quantomeno le funzioni delle liste di attesa, registro operatorio e ADT (Accettazione Dimissione Trasferimenti) ricoveri. Tale strumento integrato dovrebbe garantire:

- la stima del tempo di attesa per l'effettuazione dell'intervento;
- strumenti di analisi per facilitare l'individuazione all'interno della lista di attesa di casi che stanno superando o hanno già superato i tempi massimi previsti per classe di priorità assegnata;
- la pianificazione delle attività chirurgiche sulla base delle risorse di sala operatorie inserite e assegnate alle equipe chirurgiche;
- l'aggiornamento sullo stato dei ricoveri avvenuti al di fuori della chiamata da lista d'attesa (es. ingressi in urgenza);
- la verifica delle condizioni che comportano l'uscita dalla lista (pulizia della lista);
- la gestione del trasferimento/invio ad altra struttura;
- il monitoraggio delle sospensioni, indicandone la data di inizio e il tempo residuo rispetto alla fine;
- reportistiche dinamiche e sempre aggiornate dei principali indicatori di monitoraggio dello stato della lista di attesa.

Tali strumenti ed informazioni devono consentire al RUA di esercitare pienamente il proprio ruolo di garante della buona gestione delle liste di attesa a lui assegnate e governo dei tempi di attesa.

PROCEDURE PER LA TENUTA E CONSERVAZIONE DEL REGISTRO

Il registro delle prenotazioni è a tutti gli effetti un atto pubblico ed il Direttore Sanitario è responsabile della sua tenuta e conservazione.

Le modalità di tenuta del registro devono garantire la massima tutela della privacy; il sistema informatizzato deve salvaguardare le informazioni dal rischio di manomissione, i dati personali devono essere adeguatamente custoditi, inaccessibili a persone non autorizzate, siano essi in forma cartacea o informatizzata, e devono essere conservati secondo le norme vigenti.

Il sistema di gestione deve consentire la tracciabilità degli operatori che devono essere autorizzati alle attività che effettuano sul registro.

Le informazioni che devono essere presenti nel registro di prenotazione devono consentire:

- l'identificazione e la rintracciabilità del paziente (anagrafica);
- il medico che propone l'immissione in lista ed il ruolo che ricopre;
- la tracciabilità della provenienza della richiesta di immissione in lista, ovvero se il paziente ha effettuato una visita in istituzionale o in libera professione;
- la tracciabilità di tutti i movimenti di lista:
 - modifica della classe di priorità
 - rinvii, sospensioni, annullamenti, rinunce, cancellazioni e invii ad altre Strutture.

I controlli sul registro di prenotazione verteranno su:

- correttezza nell'ordine di chiamata in relazione ai criteri esplicitati;
- rispetto dei criteri di assegnazione della classe di priorità;
- monitoraggio ai fini della gestione delle criticità per il rispetto dei tempi massimi di attesa.

DIRITTO DI ACCESSO E COMUNICAZIONE AL PAZIENTE

Come disposto dalla legge n.724 del 23 dicembre 1994. " *Ai fini del diritto di accesso garantito dalla Legge n.241 del 7/8/90, le Unità Sanitarie Locali, i Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere devono tenere sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni.*

Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle Direzioni Sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa con la salvaguardia della riservatezza delle persone".

Nella gestione trasparente delle liste d'attesa è importante garantire l'accesso alle informazioni sui tempi di attesa ai cittadini che ne fanno richiesta.

È necessario che al momento dell'inserimento in lista vengano fornite al paziente le seguenti informazioni:

- data di prenotazione;
- classe di priorità assegnata;
- periodo di chiamata e, ove si renderà possibile, una data di ricovero;

- eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
- descrizione dell'offerta di sedi alternative, nell'ambito territoriale di competenza, quando presente e formalizzata una rete interospedaliera;
- informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- modalità di rinuncia;
- riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista.

In particolare “La comunicazione della data/periodo previsto per il ricovero, al momento della iscrizione in lista, rappresenta un diritto per i cittadini e deve pertanto essere un obiettivo verso il quale far convergere tutte le diverse azioni messe in campo per il miglioramento dell’accesso alle PRP.” (DGR 272/2017)

Il paziente dovrà inoltre essere informato nel caso in cui si verificano problematiche nel rispetto dei tempi di attesa, già al momento della sua richiesta, prospettando eventuali sedi alternative di trattamento e registrando la sua scelta.

È necessario adottare, da parte di ciascuna Azienda, un piano di comunicazione, con particolare riferimento all’accessibilità dell’offerta e alle regole di tutela dell’equità e trasparenza.

Durante la permanenza in lista andranno previsti contatti gestiti dagli operatori attraverso canali di comunicazione anche diversificati (telefono, posta elettronica, canali informatici per il contatto diretto), che permettano di: richiedere al paziente conferma della volontà di permanere in lista, a fronte del tempo che è realisticamente prospettabile, avvisare il paziente in prossimità della data di ricovero, o di avvio del percorso pre-ricovero e prospettare sedi alternative di trattamento in caso di previsto superamento dei tempi di attesa. (DGR 272/2017)

La funzione di contatto deve essere assicurata da personale adeguatamente formato e dedicato a questa attività.

RESPONSABILITÀ: QUADRO DI RIFERIMENTO

Responsabilità del Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, in conformità con la normativa vigente, dovrà garantire la vigilanza in ordine alla gestione appropriata della lista di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul rapporto fra interventi urgenti e programmati.

Dovrà inoltre individuare in modo formale le responsabilità dei diversi operatori interessati. La funzione di vigilanza e gestione del percorso chirurgico potrà essere assolta dal Direttore Sanitario in primis o RUA per le liste di attesa dei ricoveri programmati.

Responsabilità del RUA (referente unico per l’accesso)

Ferma restando la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, del Direttore Sanitario, il RUA può essere identificato nel Direttore Sanitario o in figura da questi delegata al fine di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. Nell'ambito di processi di integrazione interaziendale, o comunque a fronte di una condivisione fra le direzioni aziendali, il RUA può essere individuato anche in forma congiunta fra più Aziende. Nel caso si individuino RUA aziendali è opportuno garantire un coordinamento provinciale unico. Il RUA deve garantire il presidio della organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili.

Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, il RUA dovrà predisporre controlli ad hoc 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; 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.

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.

Responsabilità dei Direttori/Responsabili di Struttura

Il Direttore/Responsabile di Struttura è tenuto ad esplicitare, in modo formale, i criteri per la corretta gestione della lista di attesa, sia per quanto attiene i ricoveri programmati sia per i ricoveri urgenti, nel rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità. Individua inoltre, in collaborazione con la Direzione Sanitaria e il RUA, gli operatori che sono preposti alla gestione della lista.

Il Direttore/Responsabile di Struttura o altro medico da lui formalmente delegato è il responsabile della gestione della lista: valuta le proposte di ricovero, la completezza dei dati, l'appropriatezza della indicazione al ricovero e la necessità di eventuali visite e prestazioni propedeutiche alla presa in carico o all'immissione in lista collaborando con gli operatori individuati per la gestione del registro.

ALLEGATO 3 Governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

Premessa e Obiettivi

La delibera di Giunta regionale n. 272/2017, recante RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, attribuisce particolare rilievo agli aspetti relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate. Sulla base di tali presupposti, questo documento intende delineare e standardizzare i percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria all'interno delle Aziende Sanitarie presenti sul territorio Regionale.

In particolare, è posta attenzione, sulla definizione di profili standard di riferimento omogenei pre-operatori condivisi tra i professionisti ed omogenei, per la valutazione anestesiologicala dei pazienti da sottoporre a prestazioni di ricovero programmato chirurgico.

Riferimenti normativi e documentali

Autore	Titolo	Data
Delibera di Giunta RER - N.ro 557/2000	<i>Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo.</i>	01/03/2000
Accordo Stato-Regioni	<i>Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa (repertorio atti n. 1386).</i>	14/02/2002
Conferenza Stato-Regioni Repertorio atti n°1488	<i>Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.</i>	11/07/2002
Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006)	<i>Art. 280 Interventi volti al contenimento dei tempi di attesa e l'attivazione, nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di uno</i>	23/12/2005

	<i>specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;</i>	
Delibera di Giunta RER n°1532/2006	<i>Linee guida per il contenimento dei tempi di attesa</i>	06/09/2006
Delibera di Giunta Regionale n.925/2011	<i>Piano Regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012</i>	27/06/2011
Delibera di Giunta RER n°1131/2013	<i>Linee guida regionali attuative dell'art.1, comma 4, della L. 120/20017"Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" come modificato dal D.L. n.158 del 13/09/2012</i>	02/08/2013
Delibera di Giunta RER n°1621/2013	<i>Indirizzi interpretativi per la pubblicazione degli obblighi previsti dal D.LGS 14 marzo 2013, n.33</i>	11/11/2013
Delibera di Giunta RER n°1735/2014	<i>Misure per l'attuazione della DGR 24 febbraio 2014, n.217, concernente Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2014</i>	03/11/2014
Delibera di Giunta RER n°901/2015	<i>Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2015</i>	13/07/2015
Delibera di Giunta RER n°1056/2015	<i>Riduzione delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie</i>	27/07/2015
Delibera di Giunta RER n°2040/2015	<i>Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal patto per la salute 2014/2016 e dal DM 70/2015</i>	10/12/2015
Delibera di Giunta RER n°1003/2016	<i>Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016</i>	28/06/2016
Delibera di Giunta RER n°272/2017	<i>Riduzione delle liste d'attesa per ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia Romagna</i>	13/03/2017
Circolare n.7/2017 Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare	<i>Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna</i>	13/09/2017

Accesso ai Ricoveri Chirurgici Programmati: La valutazione del rischio chirurgico

Scheda proposta intervento

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale: Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (MMG, PLS), medico Specialista ambulatoriale convenzionato, dirigente Medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione (in istituzionale o in libera professione), dirigente Medico di altra Struttura o Presidio ospedaliero che rientri in un PDTA formalizzato (in istituzionale).

Il medico proponente deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione: anagrafica (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, residenza, recapito telefonico), diagnosi ed intervento proposto nonché un raccordo anamnestico completo come esplicitato nella Scheda di proposta intervento.

Classificazione di complessità interventi chirurgici per priorità e setting assistenziali

Lo specialista della struttura a cui afferisce la lista di attesa è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto, nonché responsabile dell'attribuzione alla classe di priorità e del livello di assistenza ospedaliera.

A tal proposito è stato definito un modulo, di seguito riportato, che ha l'obiettivo di fornire al professionista un supporto nella formulazione dell'indicazione chirurgica e nella corretta programmazione, attraverso la definizione dei criteri di assegnazione delle classi di priorità e di definizione dei differenti setting assistenziali.

Tale documento ha quindi lo scopo di attribuire alle procedure chirurgiche (individuate per macroclassi di intervento e suddivise per disciplina chirurgica), la complessità chirurgica ed associare ad essa il setting assistenziale. Per ogni categoria chirurgica è stata riportata la classe di priorità iniziale, come definita dal nomenclatore SIGLA (che ha preso in considerazione la distribuzione delle classi attribuite dai professionisti, alle diverse procedure chirurgiche, a livello regionale negli ultimi 3 anni).

Lo scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali essa debba essere garantita.

La classe va assegnata valutando i seguenti criteri:

1. condizione clinica del paziente, natura della patologia, possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico, prognosi in relazione al tempo di trattamento;
2. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze possibili;
3. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano, su giudizio del medico responsabile della lista d'attesa e che ha in carico il paziente, di essere trattati in un tempo prefissato.

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di possibili modifiche successive, in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche; nel caso in cui si modifichino le condizioni del paziente già in lista, è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nel registro informatizzato aziendale.

Le quattro classi (A, B, C, D) distinte sulla base della priorità clinica e relativi tempi massimi di attesa, sono state definite dalla DGR 272/2017 come riportato in tabella x.

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi .

Il *grading chirurgico* a cui si fa riferimento è stato redatto sulla base delle evidenze scientifiche fornite dal gruppo di lavoro del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) che suddivide le procedure in *alta, media e bassa* complessità chirurgica.

Sulla base della complessità individuata e della relativa classe di priorità sono stati infine proposti i regimi di ricovero più appropriati (*Ordinario e Day Surgery*) considerando i riferimenti normativi relativi ai seguenti *setting assistenziali*.

Linea di erogazione	Descrizione
Degenza Ordinaria	Assistenza ospedaliera a ciclo continuativo per la diagnosi e il trattamento del Paziente con patologia di interesse chirurgico. Permanenza continuativa all'interno della struttura in un stanza di degenza, con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.
Day – Surgery	Assistenza ospedaliera a ciclo diurno (durata inferiore 12 ore) per la diagnosi e il trattamento del Paziente con patologia di interesse chirurgico, in casi che pur non richiedendo assistenza medica e infermieristica continuativa sulle 24 ore, per loro natura o complessità non sono erogabili in regime ambulatoriale. Il paziente va ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato. In sintesi, rappresenta la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale. Qualora il ricovero preveda la presenza del degente per 24 ore, si parla di "One day surgery".

Nella valutazione dei pazienti candidati alla Day Surgery oltre ai criteri clinici, a quelli legati alla tipologia di intervento chirurgico, alle valutazioni del paziente correttamente informato nei confronti dell'intervento, viene inclusa anche la situazione socio-familiare: residenza del paziente,

distanza fra residenza e ospedale con breve tempo di percorrenza (inferiore a 1 ora), possibilità di assistenza almeno nelle prime 24 ore da parte di un familiare opportunamente istruito (Delibera di Giunta - N. ro 2000/559 - del 1/3/2000).

Per la definizione del presente documento sono stati analizzati i Regolamenti Aziendali già disponibili e i protocolli adottati per la gestione delle prenotazioni, valutando punti di forza e ambiti di miglioramento.

Scheda di prenotazione

Lo specialista chirurgo, alla fine della valutazione clinica del paziente, da l'eventuale indicazione all'intervento chirurgico, registrandola sul referto; egli dispone l'inserimento del paziente nel sistema informatizzato aziendale della lista di attesa dei ricoveri, compilando l'apposita Scheda di Prenotazione.

Nella scheda vengono riepilogati i dati anagrafici e clinici del paziente con particolare attenzione alle informazioni anamnestiche ed alle eventuali comorbidità presenti.

Vengono inoltre registrate la classe di priorità, il setting e il profilo di pre-ricovero e l'ASA.

La presa in carico avviene dal momento in cui il paziente viene valutato da parte della Struttura che ne seguirà l'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento. Il momento della presa in carico può non coincidere con il momento di inserimento in lista, in quanto la fase diagnostico-terapeutica potrebbe non essere del tutto completata. Massima attenzione deve essere posta quindi alla definizione del momento in cui il paziente soddisfa i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento (idoneità all'intervento chirurgico). Pertanto la data di prenotazione (inserimento in lista) corrisponde al momento in cui il paziente si trova nelle effettive condizioni di poter essere sottoposto ad intervento chirurgico, avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e l'indicazione terapeutica appropriata.

Al termine della visita il chirurgo deve registrare sulla scheda di prenotazione, ed illustrare al paziente, la complessità dell'intervento chirurgico esplicitando i possibili rischi, i risultati conseguibili, le possibili conseguenze negative, gli interventi alternativi e i rischi di questi ultimi. Il

chirurgo deve anche comunicare al paziente la classe di priorità individuata per la sua patologia e tutte le informazioni relative ai tempi presunti di attesa per l'intervento chirurgico.

Per quanto riguarda il rischio chirurgico la comunità scientifica ha redatto due calcolatori di rischio che potrebbero coadiuvare il chirurgo nella individuazione della complessità chirurgica e delle complicanze attese.

Indichiamo quindi il Development and Evaluation of the Universal ACS NSQIP Surgical Risk Calculator: A Decision Aide and Informed Consent Tool for Patients and Surgeons, J Am Coll Surg. 2013 November (<https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator>) ed il Development and validation of the Surgical Outcome Risk Tool (SORT), BJS, 2014 July (<http://www.sortsurgery.com>).

Si segnala che tali indicazioni sono suggerimenti da tenere eventualmente in considerazione, in aggiunta a linee guida esistenti che devono essere il riferimento scientifico di base.

Valutazione del rischio anestesiológico

La valutazione preoperatoria ha lo scopo di identificare quei pazienti per i quali il periodo perioperatorio comporta un significativo aumento della mortalità e morbidità (pazienti a alto rischio), per permettere l'implementazione di strategie volte alla riduzione del rischio e di conseguenza, alla ottimizzazione dell'outcome. La definizione dunque del rischio perioperatorio appare elemento essenziale della presa in carico del paziente chirurgico. La valutazione del rischio anestesiológico, integrando le informazioni sintetizzate dal rischio chirurgico nella scheda di prenotazione, serve alla pianificazione della tecnica anestesiológica più efficace, sicura e di soddisfazione per il paziente e per il tipo di intervento nell'ottica della riduzione/prevenzione delle complicanze. Ciò garantisce anche la corretta allocazione delle risorse nel postoperatorio (necessità ad es di decorso postoperatorio in Terapia Intensiva). Allo scopo di facilitare la stratificazione del rischio chirurgico si suggerisce l'utilizzo di un questionario da compilare da parte del paziente. Si raccomanda altresì l'utilizzo di una tabella standard per la gestione perioperatoria della terapia

farmacologica cronica, così da evitare i rischi perioperatori legati alle possibili interazioni farmacologiche.

Classificazione ASA

Il rischio anestesiológico del paziente viene attribuito utilizzando l'American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification. Questo score è limitato da una significativa variabilità legata all'operatore e non definisce comunque una probabilità di rischio individuale. Malgrado ciò si è dimostrato molto utile nel predire la mortalità e l'utilizzo di risorse nel postoperatorio rappresentando un utile tool di triage.

Profili preoperatori

Il chirurgo nella scheda di prenotazione definisce il tipo di intervento chirurgico, la sua complessità (alta, media, bassa), il codice di priorità, il setting assistenziale e una prima valutazione dello stato generale di salute utilizzando lo score ASA. Dall'incrocio di queste due variabili (ASA e Complessità chirurgica) sono stati individuati i profili di esami ematochimici da richiedere (tabella 1) nel preoperatorio. Tale approccio appare cost-effective dal momento che i test pre-operatori di routine sono costosi, impegnativi e hanno un valore discutibile, in particolare perché possono aumentare la morbilità o determinare ulteriori ritardi a causa di risultati di interpretazione non univoca, in particolare quelli falsamente positivi.

Tabella 1: determinazione del profilo preoperatorio in base a classificazione ASA e complessità chirurgica

	Chirurgia a bassa complessità	Chirurgia a media complessità	Chirurgia a alta complessità
ASA 1	No esami	Profilo 1	Profilo 2
ASA 2	Profilo 1	Profilo 2	Profilo 2
ASA 3 o 4	Profilo 2	Profilo 2	Profilo 2

Vengono individuati due Profili pre-operatori. A ciascun profilo corrisponde una batteria di esami ematici come riportato nella tabella n.2.

Tabella 2: profili base

PROFILO	ESAMI EMATICI
PROFILO 1	emocromo, aPTT, PT, glicemia
PROFILO 2	emocromo, aPTT, PT, glicemia, creatinina, Na, K, fibrinogeno

In situazioni cliniche particolari ed in presenza di alcuni tipi di chirurgia il chirurgo deve approfondire gli accertamenti diagnostici con esami aggiuntivi rispetto ai profili base (tab. 3).

Tabella 3: esami aggiuntivi specifici previsti per particolari situazioni cliniche e/o tipo di chirurgia

ESAMI AGGIUNTIVI	SITUAZIONI CLINICHE E/O TIPO DI CHIRURGIA
Esame urine completo e urinocoltura con antibiogramma	Chirurgia Uro (endoscopica, calcolosi renale) e ginecologica
Bilirubina reflex + albumina + SGOT, SGPT	Chirurgia addominale, epato-bilio-pancreatica (escluso colecistectomia)
Calcemia	Chirurgia delle paratiroidi
TSH reflex	Se patologie tiroidee da indagare
PCR	Chirurgia ortopedica protesica
Emo-gruppo	Valutare i singoli casi
Dosaggio HbA 1 c	Nei pazienti diabetici senza esame recente (< 100 gg) e/o pazienti in terapia con metformina/ipoglicemizzanti
Profilo 2 + esame urine completo	Gravide da sottoporre a chirurgia diversa dal TC

In situazioni cliniche particolari l'Anestesista può ritenere necessario approfondire gli accertamenti diagnostici/consulenze.

Radiografia del torace

In accordo con le Linee Guida SIAARTI/SIRM e le principali società scientifiche si sottolinea che

- **La radiografia del torace non è indicata di routine nella valutazione preoperatoria di pazienti da sottoporre ad anestesia per procedure diagnostiche terapeutiche; va richiesta in modo selettivo sulla base di indicazioni cliniche ed anamnestiche.**
- L'impiego di radiazioni ionizzanti in campo medico è consentito solo a seguito di motivata richiesta medica (DL 230/95, art. 111).
- **Le indagini preoperatorie non rivestono alcuna funzione di screening, bensì sono finalizzate alla riduzione del rischio anestesilogico e al miglioramento della sicurezza perioperatoria** (Legge 187/2000, art. 5).
- La radiografia del torace è dunque **suggerita (non mandatoria)** nei seguenti casi:
 - Età ≥ 65 aa;
 - ASA ≥ 3 ;
 - Interventi di chirurgia a media e alta complessità;
 - Interventi di chirurgia toracica, tiroidea o mediastinica (in relazione alla possibilità di fenomeni compressivi sulle vie aeree);
 - Precedente radiografia patologica.
- La radiografia del torace potrà altresì essere richiesta dall'anestesista qualora, sulla base della raccolta anamnestica e dell'esame clinico del paziente, egli ritenga che siano presenti condizioni patologiche che impongano tale approfondimento diagnostico. Oppure potrà

ancora essere richiesta dal chirurgo qualora la ritenga strumento necessario di valutazione della patologia chirurgica in atto.

- La radiografia del torace è da considerarsi valida, ove indicata ai fini della valutazione preoperatoria, se eseguita **nei 6 mesi precedenti**, purchè non siano intervenute significative variazioni delle condizioni di salute del soggetto.
- La radiografia del torace non sarà richiesta in quei pazienti nei quali, nell'ambito dello studio perioperatorio, sia prevista (o sia già stata effettuata) l'esecuzione di TAC torace o di altri studi del torace ad elevato potere di risoluzione.

Validità degli esami di pre-ricovero

Per quanto attiene al tempo di validità degli esami di pre ricovero, nessuna linea guida ne indica la durata in modo puntuale. Le linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence Preoperative Test N G45-Update April 2016), non indicando in alcun modo un termine di validità degli esami, suggeriscono tuttavia di verificare, prima dell'intervento chirurgico, se sono variate le condizioni cliniche del paziente attraverso una accurata anamnesi.

Si è pertanto convenuto, di mantenere, come norma, quale validità degli esami diagnostico strumentali il tempo massimo di 6 mesi. Gli esami vanno ripetuti prima dei 6 mesi se vi sono significative variazioni delle condizioni cliniche del paziente.

L'anestesista, tramite la valutazione anestesiológica, in un tempo adeguato:

- Sottopone il paziente a anamnesi ed esame obiettivo;
- Valuta gli esami eseguiti e la documentazione clinica, nonché la terapia in atto ed illustra le norme di comportamento alimentare prima dell'intervento chirurgico;

- Presenta il tipo di anestesia proposto, le fasi ed i rischi dell'anestesia e la gestione del dolore postoperatorio;
- Fornisce informazione sull'anestesia, acquisisce il consenso alla stessa e informa sul dolore postoperatorio, anche avvalendosi della modulistica dedicata;
- Completa la valutazione, in un unico accesso nella maggior parte dei casi;
- Può fare richiesta motivata di indagini, esami, consulenze, a completamento del percorso in un'ottica di appropriatezza e di governo del rischio.

L'anestesista potrà richiedere durante la valutazione anestesiológica, specificando il quesito clinico, per ciascun caso individuale:

- ECG, Rx torace, esami ematochimici, se non richiesti dal chirurgo
- Visita Cardiologica
- Ulteriori indagini o esami diagnostici, non compresi nel presente percorso, qualora ne ravvedesse la necessità
- Consulto con il Medico di Medicina Generale per le indicazioni terapeutiche che non necessitino il coinvolgimento di uno Specialista ma che rientrino nell'ambito della continuità assistenziale (es. adattamenti di terapie concomitanti, modulazione della terapia anticoagulante, etc.)

Attribuisce la classe di rischio direttamente alla prima valutazione o dopo aver acquisito la valutazione cardiologica e/o le indagini ritenute opportune.

VALUTAZIONE CARDIOLOGICA PREOPERATORIA IN PAZIENTI CANDIDATI A CHIRURGIA NON CARDIACA

Si fa riferimento alla stratificazione del rischio cardiovascolare associato a specifiche tipologie di intervento chirurgico indicata dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (2014), riportata nella Tabella in Appendice.

Categorie considerate

1. Pazienti senza patologia cardiaca nota candidati a chirurgia a rischio cardiovascolare basso e intermedio
2. Pazienti con o senza patologia cardiaca nota candidati a chirurgia a rischio cardiovascolare alto
3. Pazienti con patologia cardiaca nota (cardiopatía ischemica; valvulopatie di grado almeno moderato; cardiomiopatie; scompenso cardiaco; pregressa cardiocirurgia o interventistica non coronarica; fibrillazione atriale)
4. Pazienti con cardiopatía ischemica con procedura di PTCA con stent eseguita entro i 6 mesi precedenti candidati a qualunque tipo di chirurgia (se non differibile)
5. Pazienti portatori di pacemaker, ICD, CRT(D)
6. Pazienti in terapia anticoagulante orale (AVK o NAO)

Protocollo

1. Pazienti senza patologia cardiaca o cerebrovascolare nota candidati a chirurgia a rischio cardiovascolare basso e intermedio

- ECG standard nel basso rischio se fattori di rischio cardiovascolare (diabete, obesità, ipertensione, disfunzione renale) o età ≥ 65 anni
- ECG standard nel rischio intermedio

☒ Invio a consulenza cardiologica in caso di sospetto clinico di cardiopatía o sintomi guida o ECG patologico (Blocco di branca Dx o Sn completo, Blocco AV di II o III grado, QT lungo, pre-eccitazione cardiaca, onde Q patologiche, alterazioni ischemiche della ripolarizzazione). NON necessario richiedere consulenza per: alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione, Blocco AV di I grado, Blocchi di branca incompleti.

La semplice presenza di ipertensione, stabile, con ECG normale non richiede consulenza cardiologica

☒ Le indicazioni ad esami strumentali non invasivi (ecocardiogramma, test da sforzo, Holter etc.) sono subordinate alla visita cardiologica con presa in carico del paziente da parte del cardiologo che cura la programmazione degli esami ritenuti necessari per il completamento diagnostico e la stratificazione del rischio operatorio (entro 15 giorni).

2. Pazienti con o senza patologia cardiaca nota candidati a chirurgia a rischio cardiovascolare alto

- ECG standard + visita cardiologica contestuali

☒ Le indicazioni ad esami strumentali non invasivi (ecocardiogramma, test da sforzo, Holter etc) sono subordinate alla visita cardiologica con presa in carico del paziente da parte del cardiologo che cura la programmazione degli esami ritenuti necessari per il completamento diagnostico e la stratificazione del rischio operatorio (entro massimo 15 giorni).

3. Pazienti con patologia cerebrovascolare o cardiaca nota (cardiopatía ischemica; valvulopatie di grado almeno moderato; cardiomiopatie; scompenso cardiaco; pregressa cardiocirurgia o interventistica non coronarica; fibrillazione atriale)

a) Candidati a chirurgia a rischio basso

- ECG standard

☒ Invio a consulenza cardiologica in caso di specifici quesiti emersi durante la valutazione anestesiologicala

b) Candidati a chirurgia a rischio intermedio-alto

- ECG standard + visita cardiologica contestuali

☒ Le indicazioni ad esami strumentali non invasivi (ecocardiogramma, test da sforzo, Holter etc.) sono subordinate alla visita cardiologica con presa in carico del paziente da parte del cardiologo che cura la programmazione degli esami ritenuti necessari per il completamento diagnostico e la stratificazione del rischio operatorio (entro 15 giorni)

4. Pazienti con cardiopatia ischemica con procedura di PTCA con stent eseguita entro i 6 mesi precedenti candidati a qualunque tipo di chirurgia (se non differibile)

- ECG standard + visita cardiologica contestuali

☐ Le indicazioni ad esami strumentali non invasivi (ecocardiogramma, test da sforzo, Holter etc.) sono subordinate alla visita cardiologica con presa in carico del paziente da parte del cardiologo che cura la programmazione degli esami ritenuti necessari per il completamento diagnostico e la stratificazione del rischio operatorio (entro 15 giorni).

5. Pazienti portatori di pacemaker, ICD, CRT(D)

☐ La valutazione cardiologica del paziente (ECG e eventuale visita) va attuata secondo i criteri generali già enunciati, in rapporto a quadro clinico e tipo di chirurgia programmata.

☐ La valutazione del dispositivo è necessaria in caso di impiego di elettrobisturi o diatermia, con conseguente rischio di interferenze elettromagnetiche, presso il Centro Aritmologico dell'ospedale ove viene operato (o nel centro aritmologico di riferimento se manca centro specializzato nella sede di intervento) per le misure da adottare in sala operatoria.

6. Pazienti in terapia anticoagulante orale (AVK o NAO)

☐ Invio a consulenza presso il centro NAO di riferimento in caso di specifici quesiti emersi durante la valutazione anestesiológica

Figura 4: appendice Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (2014)

Table 3 Surgical risk estimate according to type of surgery or intervention^{a,b}

Low-risk: < 1%	Intermediate-risk: 1–5%	High-risk: > 5%
<ul style="list-style-type: none"> • Superficial surgery • Breast • Dental • Endocrine: thyroid • Eye • Reconstructive • Carotid asymptomatic (CEA or CAS) • Gynaecology: minor • Orthopaedic: minor (meniscectomy) • Urological: minor (transurethral resection of the prostate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intra-peritoneal: splenectomy, hiatal hernia repair, cholecystectomy • Carotid symptomatic (CEA or CAS) • Peripheral arterial angioplasty • Endovascular aneurysm repair • Head and neck surgery • Neurological or orthopaedic: major (hip and spine surgery) • Urological or gynaecological: major • Renal transplant • Intra-thoracic: non-major 	<ul style="list-style-type: none"> • Aortic and major vascular surgery • Open lower limb revascularization or amputation or thromboembolectomy • Duodeno-pancreatic surgery • Liver resection, bile duct surgery • Oesophagectomy • Repair of perforated bowel • Adrenal resection • Total cystectomy • Pneumectomy • Pulmonary or liver transplant

CAS = carotid artery stenting; CEA = carotid endarterectomy.
^aSurgical risk estimate is a broad approximation of 30-day risk of cardiovascular death and myocardial infarction that takes into account only the specific surgical intervention, without considering the patient's comorbidities.
^bAdapted from Glance et al.¹¹

Standardizzazione del percorso di pre-ricovero/ pre-operatorio

La chiamata del paziente deve rispettare l'ordine di priorità di attesa, e deve essere governata attraverso il registro informatizzato, a garanzia di trasparenza e di gestione dei flussi informativi.

Per i pazienti in terapia anticoagulante deve essere contattato il centro di riferimento.

L'infermiere referente di percorso pre-operatorio

Viene individuata la figura dell'infermiere referente di percorso pre-operatorio. Tale figura concorre con assunzione diretta di responsabilità, per quanto attiene le discipline chirurgiche afferenti, in collaborazione con il RUA e con il Direttore di Struttura, al raggiungimento degli obiettivi aziendali in tema di liste d'attesa delle prestazioni di ricovero programmato chirurgico. E' garante del governo dei processi relativi alla gestione delle attività di presa in carico del paziente nella fase di pre-lista e di pre-ricovero. Ha competenze nella programmazione ed organizzazione dei percorsi di presa in carico, di pre-ricovero e nella gestione dei flussi informativi generati, sia interni che esterni all'Azienda.

Attivazione fase di pre – lista

La fase di pre-lista è il momento in cui il paziente viene preso in carico e valutato da parte della Struttura che ne seguirà l'iter clinico assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento, ma non ha ancora terminato l'iter diagnostico per poter essere inserito in lista di attesa in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e quindi non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento, il livello di gravità clinica del paziente, oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento.

In un'ottica di ottimizzazione del percorso, riduzione del disagio e umanizzazione delle cure è auspicabile una presa in carico personalizzata che si può ad esempio così concretizzare: il paziente dovrà essere indirizzato, dal medico proponente l'intervento chirurgico, al servizio di pre-ricovero

della struttura di riferimento e verrà preso in carico dall'infermiere referente di percorso che avrà il compito di pianificare l'iter previsto per l'inquadramento diagnostico.

Gli esami diagnostici effettuati durante la fase di pre-lista non sono correlati all'intervento chirurgico eventualmente conseguente e seguono la regolamentazione della specialistica ambulatoriale.

Attivazione pre-ricovero (primo accesso alla struttura)

Il percorso di pre-ricovero è attivato per definire il rischio peri-operatorio e dichiarare il paziente ricoverabile/operabile. (Fig. 2)

La chiamata del paziente è effettuata, in base ai criteri di trasparenza ed equità, dall'infermiere referente di percorso pre-operatorio che dovrà garantire:

- Prenotazione ed esecuzione degli esami previsti dal profilo
- Prenotazione ed esecuzione della visita anestesiologicala
- Prenotazione ed esecuzione di eventuali approfondimenti richiesti dall'anestesista, necessari alla definizione del rischio peri-operatorio per arrivare alla conclusione del percorso.

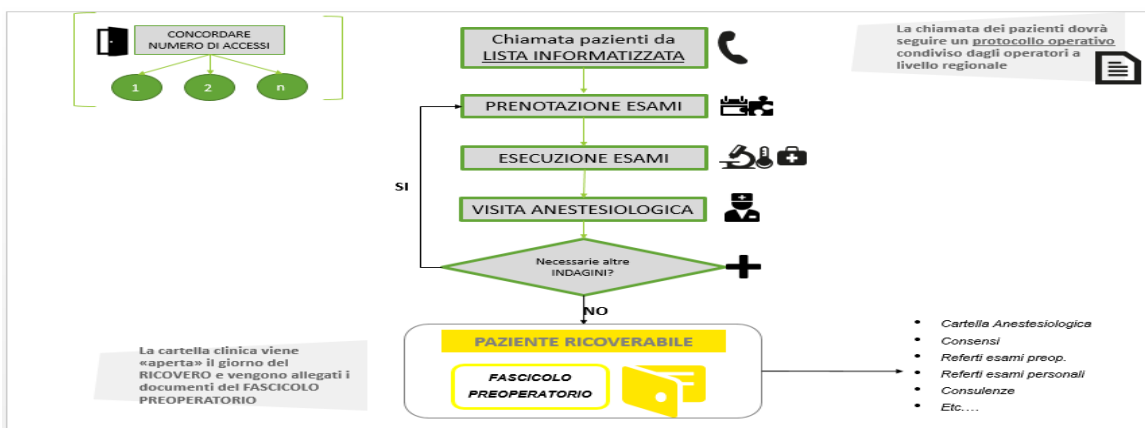


Figura 5: flow chart percorso pre-operatorio

Il numero degli accessi funzionale al completamento degli esami pre-operatori è condizionato da esigenze organizzative della struttura e/o da esigenze personali del paziente o da approfondimenti richiesti dal medico anestesista.

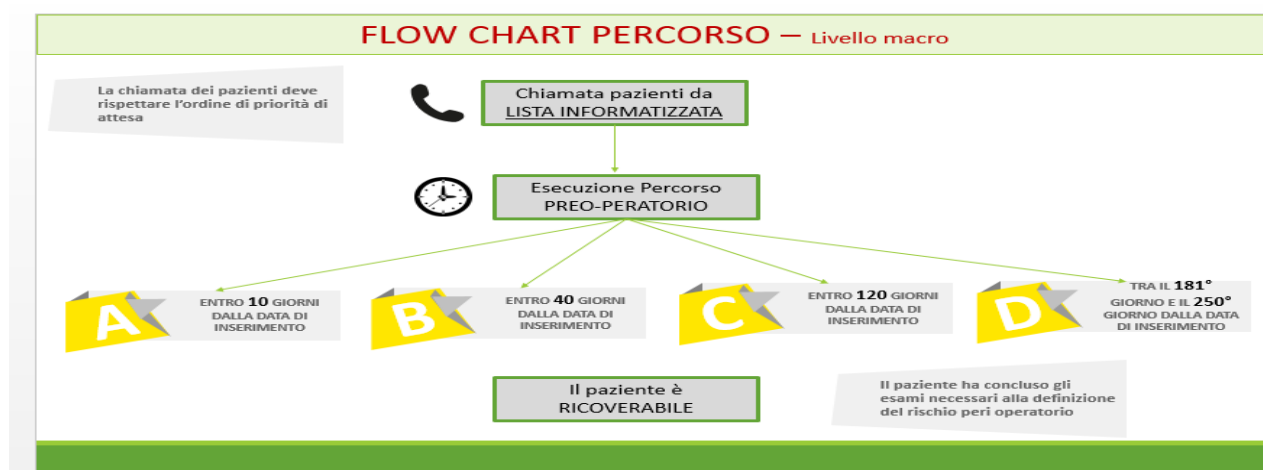
Durante la chiamata, l'infermiere referente di percorso pre-operatorio dovrà verificare se il paziente risulta essere già in possesso di esami eseguiti negli ultimi sei mesi, che potrebbero risultare utili alla valutazione anestesologica. In tal caso, questi potranno essere allegati al fascicolo pre-operatorio. Allo stesso modo sarà necessario informare il paziente della possibilità di scegliere di eseguire gli esami presso altre strutture sanitarie presenti sul territorio regionale.

In caso di richieste aggiuntive, a seguito di visita anestesologica, il referente di percorso pre-operatorio è responsabile della presa in carico del paziente sino alla conclusione dell'iter del pre-ricovero.

Timing

Al fine di garantire la valutazione del rischio e la pianificazione dell'intervento chirurgico entro la soglia massima di attesa, evitando il superamento dell'arco temporale di validità degli esami, viene definita una tempistica entro la quale avviare il percorso pre-operatorio. La stessa varierà in funzione della classe di priorità assegnata. (Fig.3)

Figura 6: flow chart percorso macro e timing esecuzione profili pre-ricovero



La standardizzazione della tempistica di pianificazione del percorso pre-operatorio varia in funzione della classe di priorità assegnata, come riportato nella tabella n.4.

Tabella 4: Timing avvio percorso di pre-ricovero

CLASSE DI PRIORITÀ	TIMING
CLASSE DI PRIORITÀ A	Entro 10 giorni dalla data di inserimento in lista
CLASSE DI PRIORITÀ B	Entro 40 giorni dalla data di inserimento in lista
CLASSE DI PRIORITÀ C	Entro 120 giorni dalla data di inserimento in lista
CLASSE DI PRIORITÀ D*	Tra il 181° e il 250° giorno dalla data di inserimento in lista

**il 181esimo giorno garantisce di rientrare nella valenza dei sei mesi degli esami, il 250esimo invece garantisce un tempo adeguato alla preparazione del pre-ricovero*

Il fascicolo pre-operatorio

Il fascicolo pre-operatorio deve essere predisposto dall'infermiere referente di percorso al primo accesso del paziente alla struttura. Deve contenere tutta la documentazione prodotta durante il percorso di pre-ricovero (cartella anestesiologicala, consensi, referti esami, consulenze, questionari, etc.) e dovrà diventare parte integrante della cartella clinica al momento del ricovero.

Riferimenti bibliografici

- ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM Last approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014. <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
- Azienda USL Modena Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità e appropriatezza dei setting assistenziali degli interventi chirurgici, aprile 2017

- De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, Moppett I, Solca M, Staender S, Wappler F, Smith A; Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient of the European Society of Anaesthesiology. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2011 Oct;28(10):684-722
- DECRETO 2aprile2015, n.70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Delibera di Giunta- N.ro 2000/559 del 1/3/2000 "Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica ciclo diurno (Day Surgery)".
- Development and Evaluation of the Universal ACS NSQIP Surgical Risk Calculator: A Decision Aide and Informed Consent Tool for Patients and Surgeons, J Am Coll Surg. 2013 November
- Development and validation of the Surgical Outcome Risk Tool (SORT), BJS, 2014 July
- DGR 272/2017 Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgico programmati nella Regione Emilia-Romagna.
- DGR2040/2015 Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute70/2015.
- Dobson G1, Chong M2, Chow L2, Flexman A2, Kurrek M2, Laflamme C2, Lagacée A2, Stacey S2, Thiessen B2. Guidelines to the Practice of Anesthesia - Revised Edition 2017. Can J Anaesth. 2017 Jan;64(1):65-91
- GU Serie Generale n.65 del 18-3-2017 -Suppl. Ordinario n. 15. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

- Health Quality Ontario. Preoperative testing in asymptomatic patients undergoing low- or intermediate-risk noncardiac surgery: a scoping review [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016 June;41pp.Available from: www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/recommendations-and-reports/choosingwisely-canada.
- Indications to chest radiograph in preoperative adult assessment: recommendations of the SIAARTI-SIRM commission. *Minerva Anestesiol* 2004; 70:443-51
- Kristensen SB, Knuuti J, Saraste A et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J* 2014; 35: 2383 - 2431
- Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, settembre 2017
- Lupei MI, Chipman JG, Beilman GJ, Oancea SC, Konia MR. The association between ASA status and other risk stratification models on postoperative intensive care unit outcomes. *Anesth Analg*. 2014 May;118(5):989-94.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – Routine preoperative tests for elective surgery, 2016
- Valutazione preoperatoria del paziente da sottoporre a chirurgia elettiva. Linee guida nazionali di riferimento. *ASSR* 2005
- Vetter TR, Boudreaux AM, Ponce BA, Barman J, Crump SJ. Development of a Preoperative Patient Clearance and Consultation Screening Questionnaire. *Anesth Analg*. 2016 Dec;123(6):1453-1457

- Visnjevac O, Davari-Farid S, Lee J, Pourafkari L, Arora P, Dosluoglu HH, Nader ND. The effect of adding functional classification to ASA status for predicting 30-day mortality. *Anesth Analg.* 2015 Jul;121(1):110-6.