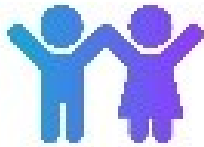


Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2024/2026**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



**P03 – GESTIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE
CHIRURGICO PROGRAMMATO E DELLE LISTE
D'ATTESA DEI RICOVERI CHIRURGICI
PROGRAMMATI**

Sommario

| | |
|---|-----------|
| Premesse | 3 |
| Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa dei ricoveri programmati | 4 |
| Gestione della domanda – La definizione della priorità clinica..... | 5 |
| Gestione dell’offerta - Organizzazione dei flussi | 5 |
| Gestione della comunicazione - Informazione e formazione | 6 |
| Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni..... | 6 |
| Implementare linee guida regionali sulla corretta attribuzione del livello assistenziale e della classe di priorità..... | 9 |
| Implementare percorso di pulizia delle agende, anche supportato dal sistema informativo..... | 10 |
| Implementare del percorso ERAS | 11 |
| Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio..... | 12 |
| Normativa di riferimento | 13 |

Premesse

Perché un Piano per il Governo delle Liste d'Attesa dei ricovero chirurgici programmati:

- misura dell'equità di accesso alle prestazioni, che deve necessariamente essere guidato dalla priorità clinica agli interventi;
- garantisce migliori outcome (correlazione tra attesa ed esito);
- monitoraggio della domanda e indirettamente dei "bisogni di salute";
- gestisce un punto di riferimento per la programmazione dell'offerta e indirettamente incide sull'efficienza dell'organizzazione;
- rende coerente le decisioni del piano con gli altri piani aziendali.

I livelli essenziali di assistenza individuano l'ambito di garanzia che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad assicurare in modo omogeneo a tutti i cittadini sul territorio. L'allungamento delle liste d'attesa per ricoveri programmati, principalmente chirurgiche, avutosi come conseguenza del periodo pandemico, ha fatto emergere maggiormente le criticità, sistematiche o momentanee, di capacità di sistema di rispondere alla domanda, senza prescindere dalla garanzia di cure sicure e di qualità.

La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa necessariamente attraverso l'attuazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, data la correlazione tra appropriatezza di accesso, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri, la disponibilità di capitale umano necessario alla gestione di tutte le fasi del percorso chirurgico programmato, dall'inserimento in lista passando per pre-ricovero, ricovero per acuti, eventuali riabilitazione e/o altro tipo di servizio per le dimissioni protette.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici ed attengono a tre grandi aree di intervento:

- il governo della domanda di prestazioni, legato alla classificazione per priorità clinica
- il governo dell'offerta di assistenza
- i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni
- il governo globale del percorso aziendale, dall'ingresso del paziente nel percorso (espressione della domanda), all'uscita (dimissioni).

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per il triennio 2023-2025, i criteri di sviluppo della gestione delle liste d'attesa per percorsi inpatient (prestazioni di ricovero e cura in regime ordinario e di day surgery e prestazioni ambulatoriali chirurgiche complesse che prevedono comunque l'accesso al blocco operatorio) e in modo più ampio la gestione della risposta al paziente nell'intero percorso di cura, dalla promozione della salute, prevenzione, riabilitazione, diagnosi e cura delle malattie, in ospedale sul territorio e al domicilio.

La *mission* del piano è, sulla base dei contenuti delle "Linee guida di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel luglio 2020 e sulla scorta dell'esperienza che Asl4 sta facendo come "azienda pilota" nel progetto ministeriale di applicazioni di tali linee guida attualmente in corso, che comporterà da parte di

tutte le Regioni coinvolte l'emanazione di linee attuative e la revisione dell'organizzazione attualmente implementata (in gran parte già compliant alle linee guida nazionali).

Il piano, tenuto conto anche dell'evoluzione dei sistemi che si stanno prefigurando a livello regionale e dalle esperienze virtuose messe in atto in azienda nel periodo di "restart" attivato per fronteggiare le criticità generate dalla pandemia, prevede momenti di efficientamento dei percorsi di cura, dall'inserimento in agenda all'erogazione attraverso la presa in carico clinica, organizzativa e amministrativa della domanda di salute.

Perché ampliare il Piano per il Governo delle Liste d'Attesa dei ricovero chirurgici programmati all'intero percorso del Paziente Chirurgico per attività programmata:

Come suggerito dalle linee guida del luglio 2020, la presa in carico del paziente che entra in un percorso chirurgico programmato, non può valutare la gestione della lista d'attesa come evento a se stante, ma deve tener conto delle fasi in ingresso nel percorso (identificazione del bisogno / espressione della domanda, diagnosi, presa in carico), di erogazione della prestazione (pre-ricovero, ricovero, intervento) e di uscita (dimissione, riabilitazione, follow-up).

In tal senso, tenuto conto anche delle linee guida regionali emesse nel 2023 in tema di percorso chirurgico, il presente documento ha ampliato, rispetto alla versione 2023-2025, il suo ambito di azione. A prevedere un maggior focus sull'intero percorso contribuiscono anche altre indicazioni regionali di rilievo definite negli ultimi mesi del 2023 e che dovranno trovare applicazione dal 2024: le prestazioni del livello assistenziale "chirurgia ambulatoriale" ed il percorso ERAS.

Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa dei ricoveri programmati

Il tempo di attesa è normalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento dell'inserimento in agenda del paziente ed il momento dell'erogazione della procedura chirurgica; si parla di tempo di attesa

- ex post, in quanto riferito al tempo concreto che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione;
- ex ante, tenendo conto del tempo indicato all'utente al momento della prenotazione.

Per le prestazioni di ricovero e cura programmate chirurgiche oggetto di monitoraggio, l'obiettivo da perseguire è l'erogazione delle prestazioni entro il tempo massimo di attesa (misurato in particolare ex-ante), da garantire nell'ambito di riferimento:

- nel 95% dei casi per le classi di priorità A (erogazione entro 30 giorni)
- nel 95% dei casi per le classi di priorità B (erogazione entro 60 giorni)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità C (erogazione entro 180 giorni)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità D (di norma entro 12 mesi).

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda garantisce, direttamente o attraverso gli erogatori privati accreditati che insistono nel proprio territorio, la prima disponibilità della prestazione entro il tempo massimo stabilito.

Gestione della domanda – La definizione della priorità clinica

Le best practices sviluppate a livello regionale o aziendale dal 2020 in applicazione delle linee guida del percorso chirurgico programmato, hanno evidenziato che il punto nodale nella gestione della domanda è rappresentato dalla corretta definizione delle classi di priorità.

Gli sviluppi aziendali, nell'ottica di migliorare la definizione delle classi di priorità e nelle more delle indicazioni regionali, individuano come fondamentale la definizione di standard per l'assegnazione della classe di priorità, legati principalmente alla diagnosi, alla tipologia di procedura e al livello assistenziale di erogazione, tenendo comunque conto della variabilità legata alle condizioni del singolo paziente.

L'analisi dei dati storici permetterà una valutazione della variabilità rispetto allo standard atteso, anche a livello di singolo specialista, da valutare in termini di appropriatezza nell'utilizzo del setting assistenziale.

Al fine di una corretta gestione della domanda inserita in lista d'attesa, verrà introdotto nel sistema organizzativo e informatico aziendale, il meccanismo di gestione della cosiddetta "lista di presa in carico", che permette di mappare il percorso del paziente che, pur avendo già avuto la diagnosi che prevede l'accesso ad un intervento, ha ancora necessità di approfondimento (es. stadiazione) o di altri trattamenti precedenti l'intervento (es. trattamento neoadiuvante, altre procedure che precedono l'intervento).

Gestione dell'offerta - Organizzazione dei flussi

L'offerta di prestazioni chirurgiche ambulatoriali è strettamente legata a fattori organizzativi aziendali e fattori legati alla particolare "attrattività" e "logistica" di una specifica struttura erogatrice. L'offerta globale aziendale è limitata da una serie di fattori organizzativi che devono essere letti e monitorati nella loro organicità, al fine di ottimizzare il risultato delle azioni di miglioramento implementate – che rischierebbe, risolvendo un "collo di bottiglia", di generarne un altro a valle (disponibilità di sale operatorie, di posti letto, di slot di pre-ricovero, di posti riabilitativi, di supporto territoriale alle dimissioni, ecc.).

Per la definizione dei volumi di offerta che consentano di garantire la risposta alla domanda entro tempi definiti, diventa di fondamentale importanza l'integrità e la fruibilità per le aziende dei dati di lista d'attesa, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo.

Gli obiettivi del piano saranno oggetti di allineamento, a fronte dell'emanazione delle linee applicative regionali e a seguito della chiusura del progetto sperimentale ministeriale.

Gestione della comunicazione - Informazione e formazione

Informazione – La trasparenza

Il fine di una corretta comunicazione e informazione agli utenti sulle liste di attesa, nei siti aziendali devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti anche i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal presente Piano. I contenuti da rendere disponibili ai cittadini (dettaglio territoriale, metodologia di calcolo, indicatori specifici) sono individuati dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Inoltre la comunicazione alla cittadinanza va sostenuta attraverso vari strumenti tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.

I sistemi di prenotazione inoltre devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate.

Formazione – Gli operatori

Data la prospettata introduzione di standard per l'assegnazione della classe di priorità, legati principalmente alla diagnosi, alla tipologia di procedura e livello assistenziale di erogazione, tenendo comunque conto della variabilità legata alle condizioni del singolo paziente, per la formazione degli specialisti verrà definito un percorso di formazione specifica con corsi alternati a gruppi di miglioramento ed attività di revisione peer-to-peer.

Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'Asl4.

Il processo di gestione delle liste d'attesa di ricovero e cura si sviluppa su tre livelli decisionali:

- **STRATEGICO (LS):** nel quale vengono definite la pianificazione dell'offerta nel medio periodo (indicativamente annuale con verifiche trimestrali/mensili), in funzione di quanto noto sulla domanda / bisogno, sugli obiettivi (nazionali/regionali), al fine di poter definire eventuali modifiche di assetto organizzativo e di risorse;
- **DI COORDINAMENTO (LC):** nel quale, a fronte degli input del livello strategico, viene definito il governo dell'offerta nel medio periodo (trimestrale e mensile), in funzione di quanto noto sulla consistenza delle liste d'attesa, sugli obiettivi declinati dal livello strategico e sulle risorse considerate come vincolo; vengono altresì effettuate valutazioni sulle situazioni non a target e definite le azioni di miglioramento;

- **OPERATIVO (LO):** nel quale viene implementata l'organizzazione di dettaglio delle attività chirurgiche programmate (mensile e settimanali/giornaliere) per effetto di informazioni operative, oltre ad attivare le azioni di miglioramento definite a seguito del monitoraggio.

Vengono quindi definiti, nel passaggio top-down dal livello strategico a quello di coordinamento ed operativo, nonché nella gestione dei feedback bottom-up: gli obiettivi aziendali, le modalità per applicare tali obiettivi ai diversi livelli assistenziali dell'organizzazione aziendale, individuando le responsabilità, modalità e tempistiche di risposta, monitoraggio e aggiornamento delle azioni, valutazione e impatto sulla organizzazione nonché sulla capacità erogativa della stessa.

Sono individuati quali attori del processo di gestione delle liste d'attesa:

- il Direttore Generale;
- la Direzione Strategica (supportata dal Collegio di Direzione);
- il Responsabile della gestione delle liste d'attesa di ricovero e cura programmate;
- il Nucleo Operativo di Controllo interno;
- le Unità Operative e i Servizi eroganti le prestazioni;
- gli Specialisti che possono inserire gli utenti in lista d'attesa;
- la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, la direzione della S.C. Anestesia e Rianimazione e le Professioni Sanitarie (supporto alla organizzazione);
- i Sistemi Informativi Aziendali e il Centro Direzionale di Controllo (supporto ai sistemi di prenotazione ed al monitoraggio);
- le Unità Operative ed i Servizi di supporto sanitari e organizzativo/amministrativi;
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) e la Comunicazione (supporto alla gestione della comunicazione e dell'informazione e di risposta alle segnalazioni U.R.P.);
- la Formazione (supporto alla gestione della formazione degli operatori).

Gestione del processo Inpatient

Il piano, principalmente orientato alla organizzazione delle prestazioni chirurgiche programmate che insistono sui blocchi operatori, si declina in diverse azioni (tasks), di seguito sintetizzati:

- **Task01 - LS:** individuazione formale del livello di coordinamento e del livello operativo (Responsabile/ Referente/ Gruppo di lavoro) da parte del livello strategico; individuazione delle figure di raccordo tra Regione Liguria – Alisa e Asl4 per l'implementazione delle linee guida 2023 (Referente Organizzativo e Referente Informatico);
- **Task02 - LC:** strutturazione da parte del livello di coordinamento (sentito livello strategico e livello operativo) di un set di dati per analisi da rendere disponibile e fruibile ai vari livelli della programmazione (domanda/offerta/risorse);
- **Task03 - LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello di coordinamento, definizione di algoritmi di analisi dei dati e di individuazione delle potenziali azioni di miglioramento nelle situazioni non a target secondo i diversi livelli di programmazione (strategico, tattico

e operativo) e di garanzia (classi di priorità), implementazione di strumenti di analisi condivisi;

- **Task04 – LS/LC:** studio dello stato *AS IS* da parte del livello strategico supportato dal livello di coordinamento, per individuare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che possono essere gestite solamente con un cambio organizzativo e/o con nuove risorse, definizione del livello programmatico dell'anno, il *TO BE* a cui tendere per l'anno in termini di volumi e delle eventuali risorse;
- **Task05 - LC:** studio da parte del livello di coordinamento per individuare le priorità con cui affrontare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che non sono gestite al Task04;
- **Task06 - LO:** studio da parte del livello operativo in collaborazione con il livello di coordinamento per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni non strutturali non a target (non gestite nei Task04 e Task05); definizione della istruzione operativa per la definizione di ruoli, prestazioni e azioni per gestione delle singole prenotazioni non a target;
- **Task07 – LO:** monitoraggio giornaliero del livello operativo per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni puntuali non a target, attuazione di quanto previsto nella istruzione operativa per la gestione delle singole prenotazioni non a target;
- **Task08 – LC/LO:** monitoraggio mensile del livello di coordinamento per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello operativo, o di situazioni di mancata saturazione dell'offerta;
- **Task09 - LC:** attivazione, partecipazione e coordinamento da parte del livello di coordinamento dei follow-up di percorsi di miglioramento già implementati;
- **Task10 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale del livello strategico per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello di coordinamento;
- **Task11 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale dell'utilizzo di sala operatoria per individuare azioni di miglioramento (es. tardiness) anche in base ai feedback del livello operativo, individuazione e attuazione delle contromisure, rimodulazione di programmazione;
- **Task12 – LC/LO:** analisi statistiche e/o a campione volte a individuare caratteristiche di definizione della classe di priorità anomale, in base alle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali;
- **Task13 – LS/LC:** definizione, implementazione, messa a regime e monitoraggio della procedura di pulizia sistematica delle agende, in base alle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali;
- **Task14 – LS/LC:** definizione, implementazione, messa a regime e monitoraggio della procedura di utilizzo della pre-lista, in base alle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali.

Di seguito illustrati i processi individuati per l'anno 2024, in prosecuzione a quanto già realizzato in precedenza o come nuova attività 2024 (e anni successivi).

| | |
|---|--|
| LINEA DI SVILUPPO | |
| Gestione del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato e delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati | |
| PROGETTO – nuovo progetto | |
| Implementare linee guida regionali sulla corretta attribuzione del livello assistenziale e della classe di priorità | |
| Razionale | L'attribuzione della corretto livello assistenziale (ricovero o ambulatoriale) e della corretta classe di priorità agli interventi chirurgici programmati, assieme alla corretta rilevazione della data di prenotazione, è il punto di partenza per garantire una corretta gestione delle priorità di accesso alle cure e del dimensionamento, programmazione ed allocazione delle risorse. |
| Soggetti coinvolti | Direzione Medica di Presidio Unico – Centro Direzionale di Controllo – Sistema Informativo – Strutture con attività chirurgica elettiva di sala operatoria. |
| Tempi di realizzazione | 2024-2025 |
| Azioni | Azione 2024: diffusione/formazione della DGR 589/2023 sulla chirurgia ambulatoriale e linee guida sulla classe di priorità e confronto con le singole articolazioni aziendali rispetto alla codifica storica delle classi di priorità, valutazioni criticità e anomalie. Azione 2024: attivazione monitoraggio modalità di codifica classi di priorità post diffusione/formazione. Azione 2025: implementazione sul sistema informativo di trigger di codifica (diagnosi + procedura -> classe priorità suggerita) e rilevazione delle motivazioni di modifica rispetto alla classe suggerita. |
| Indicatori e target | Indicatore 2024: riduzione della % di prenotazioni con classe di priorità non coerente con linee guida (miglioramento atteso 40% nel secondo semestre 2024). Indicatore 2024: audit su casistiche con difformità >50% rispetto alle linee guida (da rilevarsi nel 3 trimestre 2024). Indicatori 2025: compliance rispetto alle linee guida 2025>2024. |
| Valore Baseline 2023 | Non applicabile. |
| Costi | Valorizzazione tempi dedicati al progetto – costo per lo sviluppo informatico ricondotto ai fondi PNRR. |

| | |
|---|--|
| LINEA DI SVILUPPO | |
| Gestione del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato e delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati | |
| PROGETTO – prosecuzione | |
| Implementare percorso di pulizia delle agende, anche supportato dal sistema informativo | |
| Razionale | Come attestato dall'aggiornamento delle linee guida nazionali del percorso chirurgico programmato, emesse nel 2023, il problema delle liste d'attesa non aggiornato è legato a numerosi fattori, spesso non sempre gestibili dal singolo specialista. L'azienda intende darsi progressivamente modalità di pulizia che siano standardizzate, diffuse, condivise e per quanto possibile supportate da sistemi informatizzati di warning e/o automatizzate. |
| Soggetti coinvolti | Direzione Medica di Presidio Unico – Centro Direzionale di Controllo – Sistema Informativo – Strutture con attività chirurgica elettiva di sala operatoria. |
| Tempi di realizzazione | 2024-2025 |
| Azioni | Azione 2024: sviluppo e implementazione della pulizia delle agende da pazienti che risultano deceduti in anagrafica (primo trimestre). Azione 2024: unificazione di alcune agende sdoppiate per presidio, con implementazione della sede preferenziale. Azione 2024: verifica periodica sistematica delle posizioni aperte con tempi di attesa lunghi (criterio da definire previo confronto con le singole UU.OO.) e individuazione eventuali altri criteri per attivazione di warning automatici. Azione 2024: razionalizzazione delle UU.OO. che possono accettare ricoveri programmati da anagrafica e non da lista. Azione 2025: mantenimento ed implementazione in funzione degli esiti delle attività 2024. |
| Indicatori e target | Indicatore 2024: n. pulizie automatizzate per deceduti almeno 1/mese a partire dal secondo trimestre. Indicatore 2024: n. liste unificate almeno 2. Indicatori 2024: n. nuove liste aperte > 1. Indicatori 2024: n. ricoveri programmati accettati da agenzia / totale > al dato storico (monitoraggio da implementare). |
| Valore Baseline 2023 | Definibile a seguito sviluppo sistema di monitoraggio. |
| Costi | Valorizzazione tempi dedicati al progetto – costo per lo sviluppo informatico ricondotto ai fondi PNRR. |

| | |
|---|---|
| LINEA DI SVILUPPO Gestione del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato e delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati | |
| PROGETTO – prosecuzione Implementare del percorso ERAS | |
| Razionale | In alcuni percorsi della chirurgia programmata in azienda il percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) è già implementato, dando evidenza di una riduzione della degenza post intervento grazie ad una serie di valutazioni e interventi propedeutici nella fase di pre-ricovero e pre-intervento. Dalle linee guida regionali emanate a fine 2023, prende il via la diffusione e standardizzazione dell'esperienza maturata. |
| Soggetti coinvolti | Direzione Medica di Presidio Unico – Centro Direzionale di Controllo – Sistema Informativo – SC Anestesia e Rianimazione – SC Centro Trasfusionale - Pre-Ricovero - Strutture con attività chirurgica elettiva di sala operatoria. |
| Tempi di realizzazione | 2024-2025 |
| Azioni | Azione 2024: diffusione/formazione delle linee guida e confronto con le singole articolazioni aziendali rispetto al percorso ERAS. Azione 2024: sviluppo del monitoraggio tramite valutazione a campione e/o rilevazione in CCE. Azione 2024/2025: sviluppo del sistema informativo a supporto della tracciabilità delle informazioni del percorso ERAS. |
| Indicatori e target | Indicatore 2024: n. UU.O. coinvolte > 4 (con attesa crescita nel 2025). Altri indicatori definibili a seguito dello sviluppo del sistema di monitoraggio. |
| Valore Baseline 2023 | Definibile a seguito sviluppo sistema di monitoraggio. |
| Costi | Valorizzazione tempi dedicati al progetto. |

Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio

Sono individuate le seguenti fonti dati, utili a fornire i dati di monitoraggio:

1. DOMANDA ESPRESSA (FLUSSO DELLE PRENOTAZIONI – DA SISTEMATIZZARE): differenziando l'analisi nelle classi di priorità (A-B-C-D) diviene quindi necessario lo studio della domanda espressa in termini di analisi dell'andamento medio e dei picchi: TREND DEGLI ULTIMI MESI

per singola procedura, al fine di desumere (in base ai picchi di domanda o dei momenti in cui si prenota oltre soglia) le prestazioni che hanno fatto rilevare maggior criticità (ma anche le prestazioni per le quali non avendo mai rilevato tensioni domanda/offerta, potrebbe essere presente una offerta sovradimensionata).

2. DOMANDA INESPRESSA (FLUSSO MIGRAZIONE PASSIVA): anche se non sono disponibili dati sulla domanda che non trova risposta nelle agende aziendali (per rinuncia, per migrazione, per ricorso a prestazioni non SSN), è possibile effettuare una valutazione sulla domanda inespressa, utilizzando i dati delle fughe verso altre strutture liguri e verso altre regioni (anche se con tempestività scarsa) al fine di individuare eventuali fughe legate non all'attrattività ma a un livello di tempo d'attesa elevato.
3. OFFERTA SATURATA (da costruire in modo sistematizzato): l'analisi dell'utilizzo delle sale operatorie, intese come la "risorsa scarsa" che maggiormente influenza la capacità di risposta nei tempi obiettivo, deve essere implementata sistematicamente al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento e monitorarne l'attuazione.
4. OFFERTA NON SATURATA (AGENDE VUOTE): analisi dell'andamento eventuale di liste d'attesa che fanno rilevare, nel tempo, trend anomali in riduzione deve essere implementata al fine di supportare una programmazione flessibile delle sale operatorie.

I principali indicatori di monitoraggio del piano sono individuati in:

- VOLUMI ATTIVITA' EROGATE - % DI VOLUME PER CLASSE DI PRIORITA'
- % RICOVERI EROGATE ENTRO TEMPO SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA' (target atteso aumento rispetto all'anno precedente – obiettivo a regime > 95% per classi di priorità A e B - > 90% per classi di priorità C e D)
- MEDIANA GG ATTESA OLTRE SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA' (target atteso riduzione rispetto all'anno precedente)
- VOLUMI PAZIENTI PASSATI DA PRELISTA (E TEMPO DI PRESENZA) (target non definibile, in attesa di attivazione del progetto)
- % PAZIENTI OGGETTO DI PULIZIA AGENDA (% CANCELLAZIONI) (target non definibile, in attesa di attivazione del progetto)
- TASSI DI FUGA E DI ATTRAZIONE COLLEGATI A TEMPI D'ATTESA CRITICI O PERFORMANTI (target atteso: mantenimento o riduzione delle fughe, mantenimento o incremento dell'attrazione)

Normativa di riferimento

Normativa Nazionale

Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019) che sostituisce il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012

Linee guida per il percorso del paziente chirurgico programmato (Accordo Stato-Regioni luglio 2020) e aggiornamento (agosto 2023)

Progetto “Mattoni tempo d’attesa” 2006

Normativa Regionale

Deliberazione Alisa n. 120 del 24/05/2023 “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria”

Deliberazione della Giunta regionale n.397 del 17/05/2019 “Recepimento dell’intesa Stato/Regioni del 21.2.2019 (rep. Atti n.28/CSR) sul piano nazionale di governo delle liste d’attesa per triennio 2019/2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266”

Deliberazione della Giunta regionale n. 1105 del 09/12/2019 “Piano di governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021. Attuazione.”

Deliberazione della Giunta regionale n. 589 del 22/06/2024 “Revisione e aggiornamento dei requisiti autorizzativi delle strutture di chirurgia ambulatoriale di cui alla deliberazione n. 944/2018, come modificata dalle deliberazioni nn. 552/22 e 351/2022”

Deliberazione Alisa n. 324 del 19/12/2023 “Riorganizzazione delle attività chirurgiche ambulatoriali”

Deliberazione Alisa n. 342 del 28/12/2023 “Applicazione del protocollo ERAS nelle Aziende e Enti SSR – provvedimenti conseguenti alla DRG 722/2023”