

PIANO OPERATIVO STRAORDINARIO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

INTRODUZIONE

Con DGR 472 del 18/05/2022 si è provveduto alla revisione dell'Allegato 2 della DGR 610/2019, come evoluzione del Piano Regionale delle liste di attesa per il triennio 2022-2025 decorrente dal 1°luglio 2022.

Il governo e la gestione delle liste di attesa rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale già presente da anni, richiedendo anche in passato l'adozione di provvedimenti tesi a contenere i tempi di attesa. La pandemia COVID ha certamente acuito il problema: nelle crisi epidemiche che si sono susseguite, dal febbraio 2020 in poi, si è, infatti, reso necessario adottare misure volte al contenimento della diffusione virale che hanno comportato la sospensione di tutte le attività programmabili, la garanzia delle attività indicate come non procrastinabili e l'adozione di misure di sicurezza tali per cui i tempi delle singole prestazioni sono notevolmente aumentati. Al superamento di ogni crisi epidemica, la Regione Umbria ha adottato provvedimenti volti al recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela. Al momento attuale, sebbene vi sia stata una riduzione dei volumi delle prestazioni sospese rispetto a quelle presenti nel giugno 2020, la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni che sono state generate durante e dopo le crisi epidemiche, sta evidenziando delle criticità strutturali che, in prospettiva, rendono sempre più complessa la gestione ed il governo delle liste di attesa.

Il piano adottato con DGR 472/2022 individua gli interventi richiamando i punti specifici del Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA), ovvero:

1. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa
2. Monitoraggio, controllo, valutazione
3. Attività Libero Professionale Intramuraria
4. I Programmi Attuativi Aziendali
5. Funzioni di Coordinamento, Intervento, Monitoraggio
6. Indicatori

e prevede che il governo delle liste di attesa debba essere incentrato su tre cardini:

- A. Governo della domanda
- B. Governo della offerta
- C. Monitoraggio e controllo dei processi

per i quali sono state previste azioni specifiche.

Di seguito si illustrano i seguenti paragrafi:

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale
2. Prestazioni di ricovero
3. Governance

1. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

STATO DELL'ARTE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Con tale piano si è dato avvio ad una reingegnerizzazione del governo delle liste di attesa che ad oggi ha consentito di:

- attivare lo smart cup;
- attivare l'overbooking;
- monitorare il volume e la genesi dei PdT (Percorsi di Tutela);
- monitorare i volumi delle prestazioni erogate e i tempi di attesa con pubblicazione dei dati nei siti aziendali e regionale;
- attivare le piastre ambulatoriali presso le strutture in tutte le Aziende;
- monitorare la presa in carico da parte degli specialisti.

Tuttavia, a distanza di dieci mesi dall'attuazione del suddetto Piano, decorrente dal 1° luglio 2022, permangono situazioni di elevata criticità che hanno reso necessaria l'istituzione di una *Task Force regionale per il governo delle liste d'attesa* (D.D. n. 1125 del 02/02/2023) che, attraverso la definizione di strumenti e programmi operativi condivisi tra Regione, Aziende sanitarie, Punto Zero Scarl ed i rappresentanti dei professionisti coinvolti, anche mediante un'azione periodica di informazione e comunicazione nei confronti della cittadinanza, contribuisca a garantire la piena attuazione, nei tempi definiti, del Piano Operativo per il recupero delle prestazioni di cui alla DGR 472/2022.

La produzione complessiva del 2022, seppur migliorata rispetto al 2021, non è ancora ritornata ai livelli pre-covid e l'analisi dei dati di monitoraggio indica la necessità di un ulteriore miglioramento soprattutto per la gestione dei Percorsi di Tutela e per la presa in carico delle prestazioni di II livello o di prescrizione dei controlli da parte degli specialisti, oltre all'attivazione di tutte le misure per la garanzia dell'appropriatezza prescrittiva.

La DGR n. 184 del 22/02/2023 recante "*Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023*", con la quale sono stati approvati gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l'anno 2023, degli accordi contrattuali tra le Aziende UsL e gli erogatori di prestazioni sia pubblici che privati, in attuazione agli articoli 8-quinquies e 8-sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i, stabilisce che le Aziende territoriali, nel definire tali accordi con le strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere) e con le strutture private accreditate e convenzionate, dovranno tener conto delle attuali prestazioni inserite nei percorsi di tutela al fine del loro recupero complessivo nel corso del primo semestre del 2023.

Per quanto attiene agli Accordi con le Strutture Pubbliche, in particolare con le Aziende Ospedaliere del territorio di competenza, dovranno essere definiti accordi che garantiscano:

- la presa in carico da parte degli specialisti con attivazione del 100% delle piastre ambulatoriali. Negli Accordi vanno individuati obiettivi e indicatori di monitoraggio, in primis quelli che misurano la percentuale di presa in carico da parte degli specialisti con riduzione delle prestazioni suggerite da parte dei MMG/PLS;
- il piano specifico di recupero delle prestazioni inserite nel percorso di tutela da garantire da parte dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda le strutture private accreditate e convenzionate, le Aziende territoriali, nel rispetto del tetto di budget attualmente vigente, dovranno sottoscrivere accordi per garantire, valutata la propria programmazione, il recupero delle prestazioni già inserite nei Percorsi di Tutela (PdT), parallelamente all'offerta delle prestazioni programmate riducendo fino all'annullamento la genesi di nuovi PdT.

L'allegato n.1 "Linee guida per la definizione degli accordi contrattuali anno 2023" della richiamata DGR 184/2023 prevede che, entro 10 gg. dall'adozione della suddetta DGR, le aziende territoriali, valutate la consistenza quali/quantitativa dei Percorsi di Tutela e dei fabbisogni, redigano i piani aziendali per il recupero delle liste di attesa.

L'analisi del contesto attuale del governo delle liste di attesa evidenzia che i Percorsi di Tutela continuano ad alimentarsi perché mentre si provvede al recupero del pregresso, nuove richieste vanno ad alimentare ulteriori PdT.

Fermo restando che i PdT sono finalizzati alla presa in carico di tutte le richieste, l'obiettivo è di avere un numero contenuto di prestazioni inserite nei percorsi di tutela tale da renderle erogabili nell'arco temporale di 1/2 settimane.

PIANO OPERATIVO STRAORDINARIO

L'obiettivo prioritario è di garantire l'appuntamento al momento della richiesta al CUP in una percentuale superiore al 95%.

Si impone, pertanto, un'evoluzione della strategia per il governo delle liste di attesa incentrata su **4 azioni principali**:

1. Le **Aziende sanitarie pubbliche**, anche in collaborazione fra loro in virtù di specifici accordi, in particolare quelli fra Azienda territoriale e Azienda Ospedaliera di riferimento, **devono provvedere a garantire un'offerta adeguata e appropriata**, attraverso le seguenti azioni:
 - a. **Definire un'offerta per i primi accessi ampliata al fine di evitare la genesi di nuovi PdT.** Il volume di offerta ampliata deve essere determinato, prestazione per prestazione, sulla base del numero delle stesse prestazioni che oggi vanno ad alimentare i PdT e deve essere parametrato per bacino di residenza sempre in relazione al fabbisogno. Si tratta di garantire un'offerta adeguata alla domanda salvando, quando possibile, il principio di prossimità al fine di ridurre anche gli spostamenti evitabili da parte dei cittadini. La programmazione dell'attività, compresa quella delle apparecchiature diagnostiche, deve prevedere il loro utilizzo minimo per 12 ore al giorno nei giorni feriali (8-20) e con programmazione anche di apertura serale (almeno una alla settimana) e nei giorni festivi (almeno 2 domeniche al mese). La Task force monitorerà attentamente gli orari di apertura degli ambulatori e l'utilizzo a pieno delle apparecchiature diagnostiche che devono garantire, nell'arco delle 12 ore, un numero minimo di esami prestabilito. La mancata utilizzazione a pieno delle apparecchiature, con genesi di percorsi di tutela, rappresenta elemento di verifica puntuale da parte della direzione regionale per gli adempimenti successivi.
 - b. **Attivare l'overbooking.** Tutte le strutture devono garantire l'overbooking che, laddove l'offerta viene ampliata in maniera corretta, diviene residuale e rappresenta una misura pro-attiva di non alimentazione dei PdT recuperando tempestivamente una prestazione. L'attivazione dell'overbooking dovrà presupporre anche la verifica, a cura delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, del debito orario dei professionisti e le conseguenti misure previste dai regolamenti aziendali e dal CCNL;
 - c. **Attivare la presa in carico da parte degli specialisti.** Tutte le strutture e tutti gli specialisti devono garantire la presa in carico con prescrizione delle prestazioni di approfondimenti/completamento diagnostico e/o di follow-up. Il paziente non deve essere rinviato al MMG/PLS per le prescrizioni di esami che, seppur di II livello, finiscono per entrare nel circuito del primo accesso generando disallineamento dei percorsi di cura. Gli esami prescritti vanno prenotati attraverso il pieno utilizzo delle piastre ambulatoriali in modo da permettere al paziente di rientrare a domicilio con

prescrizioni e appuntamenti già definiti. Considerato che le prestazioni prescritte dagli specialisti possono riguardare, sia prestazioni della propria branca garantite all'interno della stessa struttura, che prestazioni di altre branche, è necessario che la struttura richiedente definisca il fabbisogno quali/quantitativo delle prestazioni di cui necessita in relazione ai pazienti afferenti e nell'ambito della stessa struttura ospedaliera o di altra struttura ospedaliera se necessario (es. prestazioni garantite solo in alcuni presidi), vengano riservati il numero di appuntamenti nelle strutture eroganti per soddisfare la necessità del singolo percorso. Il processo di definizione dell'offerta in base alla domanda, che le direzioni sanitarie e di presidio sono chiamate a presidiare, rappresenta l'elemento cardine per la garanzia della presa in carico;

- d. **Monitorare costantemente l'offerta dei primi accessi e dei secondi accessi.** La Direzione Sanitaria/di Presidio/di Distretto monitora, settimana per settimana, la disponibilità dell'offerta per i primi accessi e per i secondi accessi per valutare le disponibilità residue e procedere a riallineare l'offerta al recupero dei posti disponibili;
- e. **Revisione dell'ambito di riferimento per gli over 65 e i pazienti fragili** che sarà attivato a livello distrettuale e non più regionale.

2. Aumentare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso la verifica degli specialisti ed interventi di governance, attraverso:

- a. **La validazione dell'erogato e la verifica di concordanza RAO nel 100% delle prestazioni.** Gli specialisti devono procedere alla validazione delle prestazioni e alla validazione della concordanza RAO perché questo consentirà di fare una lettura indiretta dell'appropriatezza anche in termini di tempistica della prestazione richiesta e consentirà di poter attivare confronti per l'analisi con i prescrittori;
- b. Punto Zero **verifica che lo specialista effettui la concordanza** e produca la reportistica di monitoraggio di effettuazione della concordanza da parte degli specialisti e di risultato del tasso di concordanza (% di concordanza per classe di priorità fra prescrittore e specialista – tassi superiori al 90% sono indici di appropriatezza perché sia il prescrittore che lo specialista concordano che quell'esame andava richiesto con quella classe di priorità);
- c. **Azioni specifiche** da parte della Direzione Sanitaria/Direzione di Presidio/Direzione di Distretto quando il livello di concordanza non è pari al 100% (richiamo delle strutture e degli specialisti che non adempiono);
- d. I Direttori di distretto e di presidio convocano **riunioni di audit tra erogatori e prescrittori quando il tasso di concordanza non è ottimale;**
- e. Punto Zero **verifica il tasso di prescrizioni pro-capite per prescrittore;**
- f. Punto Zero elabora la **reportistica del prescrittore, sia come numero totale di richieste di prestazioni pro-capite** (su popolazione pesata), sia come pro-capite per le prestazioni a maggior rischio di inappropriatezza (es. RMN osteoarticolare ginocchio over 65);
- g. **I direttori di distretto convocano le AFT** per la presentazione dei dati, l'analisi delle differenze pro-capite verso le quali agire con **azioni correttive e migliorative per un tasso di prescrizione pro-capite allineato con la media regionale o con gli standard** (stessa metodologia della spesa pro-capite farmaceutica).

3. Evasione di tutte le prestazioni inserite allo stato attuale nei PDT attraverso:

- a. **Utilizzo delle risorse aggiuntive per il recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela.** L'articolo 4 "Proroga di termini in materia di salute", comma 9-octies, del

decreto legge n. 198/2022 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, convertito con modificazioni dalla legge n. 14/2023, stabilisce: *“Per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d’attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalle disposizioni di cui all’ articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge n. 73/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all’ articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l’attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l’anno 2023.”*. Si ritiene, pertanto, indispensabile utilizzare tale finanziamento aggiuntivo, nonché gli eventuali residui dei finanziamenti dell’anno precedente, per il recupero delle prestazioni attualmente inserite nei percorsi di tutela entro il mese di luglio 2023 mediante riparto alle Aziende territoriali sanitarie, in base alla residenza dei soggetti inseriti nei PdT, che se ne avvarranno per i programmi di produttività aggiuntiva nonché per la sottoscrizione di accordi con le strutture private accreditate, convenzionate e convenzionabili, previa pubblicazione di avviso per manifestazione d’interesse, e nel rispetto di un criterio di prossimità territoriale delle prestazioni in relazione alla residenza dei soggetti inclusi nei percorsi di tutela;

- b. **Destinazione del budget.** Tale budget viene quindi destinato al finanziamento delle prestazioni elencate nelle tabelle di seguito riportate, remunerate in base al tariffario vigente a tariffa piena, e distribuito alle 2 Aziende sanitarie territoriali in base alla residenza dei soggetti inseriti in liste d’attesa. L’obiettivo è di recuperare nel più breve tempo possibile tutte le prestazioni inserite nei percorsi di tutela in base ad un criterio di prossimità che permetta al cittadino di ricevere la prestazione nel territorio di residenza ovvero, ove non presente, nel territorio limitrofo.
- c. **Piano specifico di recupero entro il 31.7.2023.** Per il raggiungimento di tale obiettivo le Aziende sanitarie territoriali sono tenute a:
- **Individuare la propria offerta e quella che può garantire l’azienda ospedaliera del territorio di riferimento** avendo cura di assicurare che sia aggiuntiva a quella necessaria per il punto 1 in quanto l’obiettivo prioritario è dare garanzia dell’appuntamento al momento della richiesta evitando la genesi di nuovi PdT (utilizzo di tutti gli istituti contrattuali previsti dalle normative vigenti).
Si sottolinea che la produzione sarà garantita, dapprima attraverso l’orario istituzionale del Dirigente ex art. 24 comma 2 del CCNL 2016-2018, a tal proposito il Dirigente deve garantire l’orario contrattuale dovuto e risultare senza debito orario; successivamente, qualora sia necessario, mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive con l’impegno aggiuntivo richiesto dall’Azienda al Dirigente proprio allo scopo di ridurre la specifica lista di attesa.
Con riferimento alle prestazioni interessate dalla lista di attesa e genesi di PdT, qualora il Dirigente risulti in debito orario e/o non aderisca alla richiesta di prestazioni aggiuntive da parte dell’Azienda, l’ALPI del Dirigente medesimo, nell’ambito delle prestazioni da recuperare, sarà sospesa fino al recupero del debito orario e/o all’erogazione della produttività aggiuntiva richiesta dall’azienda per abbattere le singole liste di attesa;
 - **Alla luce di quanto assicurato con la misura precedente richiedere alle strutture**

accreditate (art. 8 quater D.lgs.502/1992 e s.m.i.) il residuo presente nei PdT. A tal fine le Aziende territoriali provvedono alla pubblicazione, entro 7 giorni dall'entrata in vigore del presente atto, di un avviso finalizzato all'acquisizione delle manifestazioni di interesse cui le strutture private accreditate potranno rispondere per offrire, in base alla distribuzione territoriale delle prestazioni da recuperare, i loro volumi massimi di attività nel tempo di esigibilità dato pari a due mesi (60 giorni). Gli avvisi per le manifestazioni di interesse che verranno indetti dalle Aziende sanitarie territoriali dovranno uniformarsi ai seguenti principi/criteri di attribuzione:

- alle manifestazioni d'interesse potranno prendere parte tutte le strutture private accreditate, convenzionate e convenzionabili, presenti nel territorio di competenza di ciascuna azienda Usl;
- il tempo di esigibilità delle prestazioni non dovrà superare i 60 giorni dalla sottoscrizione dell'accordo;
- l'offerta da parte delle strutture private dovrà essere fatta in base al criterio territoriale; solo laddove nel distretto sanitario di residenza del soggetto in lista d'attesa, non siano presenti strutture private in grado di presentare l'offerta per una determinata prestazione, potranno subentrare strutture operanti nei territori limitrofi;
- le strutture private accreditate dovranno presentare il loro volume massimo di prestazioni erogabile rispetto al tempo dato di 60 giorni;
- ove l'offerta complessiva superi la domanda, l'attribuzione dei volumi di prestazioni per ciascuna struttura privata che avrà presentato la propria manifestazione d'interesse, verrà fatta in modo proporzionale fino al raggiungimento del tetto di prestazioni fissato;
- alle strutture private accreditate che non presenteranno l'offerta nelle discipline per le quali è stato riconosciuto il relativo accreditamento, verrà revocato o non rinnovato l'accreditamento attribuito per l'erogazione della specifica prestazione.

Le Aziende dovranno predisporre il suddetto Piano specifico di recupero compilando il seguente format di tabella:

FORMAT PIANO RECUPERO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORALI IN PdT							
PRESTAZIONI IN PERCORSO DI TUTELA	Periodo			Apporto parte pubblica	Risorse produttività aggiuntiva	Apporto strutture private	Risorse per acquisto da privato
	Ante 2023	2023	Totale				
BRANCA Specialistica							
Allergologia							
Cardiologia							
Cardiologia+ChirurgiaVascolare							
Cardiologia+Radiologia							
Dermatologia							
Endocr.+Med.Nucleare+Radiologia							
Endocrinologia							
Gastroenterologia							
Laboratorio							
Medicina Nucleare							
Neurologia							
Neurologia+Radiologia							
Neurologia+Riabilitazioni							
Oculistica							
Ortopedia							
Ostetricia e Ginecologia							
Otorino							
Pneumologia							
Pneumologia+Laboratorio							
Psichiatria/Psicologia+Neurologia							
Radiologia							
Radiologia+Chirurgia							
Radiologia+Gastroenterologia							
Radiologia+Ortopedia							
Radiologia+OstGin+Nefrologia+Urologia							
Radiologia+Urologia							
Urologia							
Varie							
Visite Specialistiche							
Totale Risultato							

La Task force recepisce e valuta il Piano presentato e, se necessario interviene per migliorarlo ed efficientarlo per la validazione definitiva.

Tale Piano sarà sottoposto a stretto monitoraggio di attuazione. È obiettivo prioritario e vincolante delle direzioni aziendali il rispetto del Piano ed eventuali ed eccezionali disallineamenti dovranno essere tempestivamente motivati per i successivi ed opportuni interventi della Task force. La Direzione regionale, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, si riserva di intervenire con le modalità opportune.

4. Governance e monitoraggio delle azioni previste dal presente Piano straordinario da parte della Task force regionale per il governo delle liste d’attesa (di cui al relativo paragrafo).

2. PRESTAZIONI DI RICOVERO CHIRURGICO

STATO DELL'ARTE PRESTAZIONI CHIRURGICHE DI RICOVERO

Parallelamente alle prestazioni di specialistiche ambulatoriale è necessario ottimizzare anche il governo delle liste di attesa chirurgiche.

La situazione delle liste di attesa si è sicuramente aggravata con la pandemia da SARS-CoV-2 che ha costretto il SSN, per far fronte a tale emergenza sanitaria, a dirottare temporaneamente la maggior parte delle risorse per garantire l'assistenza ai pazienti COVID-19 positivi, e in ambito chirurgico è stato necessario concentrarsi per rispondere all'Emergenza-Urgenza e a pazienti non procrastinabili come la casistica oncologica. Ciò ha inciso pesantemente sia sull'incremento delle liste di Attesa che sul rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia programmata.

Con il piano di recupero delle prestazioni inserite in lista di attesa di cui alla DGR n. 347 del 13/04/2022 era stato definito il piano di recupero delle prestazioni chirurgiche inserite in liste di attesa che non ha portato al recupero del 100% delle prestazioni ante 2021 per cui si rende necessario procedere con il recupero di quanto inserito allo stato attuale in liste di attesa definendo un programma straordinario di intervento.

Nell'analizzare il contesto attuale in tema di prestazioni di ricovero di tipo chirurgico si rende necessario anche intervenire su strumenti di governance generale di omogeneizzazione dei percorsi.

Allo stato attuale ogni struttura pubblica garantisce il governo delle liste di attesa chirurgiche in conformità al PNGLA e al PRGLA con regolamentazioni interne mentre è importante definire linee di indirizzo a livello regionale per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa, per la gestione/regolamentazione delle sale operatorie e del percorso chirurgico programmato.

L'attività chirurgica rappresenta infatti una delle attività più complesse in ambito sanitario, anche a livello organizzativo, nonché l'elemento caratterizzante e di alto valore di tutte le strutture sanitarie risultando, al contempo, il centro di costo più rilevante per un'Azienda Sanitaria in termini di risorse richieste.

Per quanto detto, il Ministero della Salute si è impegnato a sviluppare progetti di ricerca dedicati a riequilibrare l'organizzazione delle attività chirurgiche, attraverso la definizione di nuovi bisogni di salute individuati sulla base della domanda della popolazione, nonché della capacità produttiva del sistema, al fine di confermare i principi ispiratori del SSN e recuperare i ritardi accumulati sui tempi di attesa.

Con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono state recepite le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", (Rep. atto n. 100/CSR).

Tali linee di indirizzo sono state prodotte quale esito dell'attività condotta dal Gruppo di lavoro ristretto (expert team) comprendente rappresentanti del Ministero della salute e delle Regioni, operante nell'ambito di un più ampio progetto di "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura" al quale hanno aderito tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Gli obiettivi generali del documento consistono nel fornire:

- una definizione condivisa, sia teorica che operativa, di governo del percorso del paziente chirurgico programmato nelle sue declinazioni organizzative;
- una descrizione degli elementi costitutivi attraverso l'individuazione di una tassonomia condivisa che garantisca un linguaggio comune ed omogeneo a livello nazionale funzionale ai bisogni che il paziente chirurgico programmato;
- l'individuazione dei termini di presa in carico e continuità delle cure sottolineando la centralità

della funzione di governo delle Liste di attesa e della connessa programmazione chirurgica quale elemento di equità di accesso alle cure.

Tali indirizzi condivisi sul governo del percorso permetteranno di conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario nazionale incrementando la risposta del SSN ai bisogni di salute del cittadino ed individuando i principali nodi organizzativi a garanzia dell'omogeneità del SSN; nel definire le regole di funzionamento e gli strumenti di supporto del percorso del paziente chirurgico programmato; nell'impattare in termini di riorganizzazione e governo efficiente dei blocchi operatori; nel promuovere un Servizio sanitario nazionale volto a superare le disuguaglianze tra le diverse aree del Paese nei blocchi operatori quali punto nevralgico dell'organizzazione ospedaliera.

Il citato documento prevede indicazioni organizzative ed operative delle fasi e del percorso peri-operatorio ed i suoi principi fondanti sono:

- la garanzia del rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico;
- l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico;
- la raccolta dati ed il monitoraggio dell'intero percorso chirurgico;
- la conoscenza ed il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie;
- la capacità di rendicontare le proprie performance utilizzando strumenti/indicatori efficaci e condivisi.

Gli obiettivi specifici sono di seguito elencati:

- determinare le modalità gestionali ed organizzative più idonee al governo della complessità dell'attività dei blocchi operatori;
- individuare le regole generali di attività dei blocchi operatori aziendali (regolamento);
- definire i ruoli, le responsabilità ed i compiti delle diverse figure professionali coinvolte nella pianificazione/realizzazione del percorso chirurgico;
- definire, pianificare e monitorare le attività che costituiscono il percorso;
- ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali e logistiche, al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica;
- armonizzare gli standard operativi e le raccomandazioni nazionali atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema;
- definire la tassonomia, la metrica ed il glossario dei tempi e degli indicatori di sala operatoria;
- identificare strategie iniziative/programmi formativi.

La necessità di metodi e modelli organizzativi condivisi a livello nazionale, per far fronte ad una gestione e ad un governo del processo chirurgico e per consentire un riequilibrio dei Tempi di Attesa per i pazienti in Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche, ha la finalità di rendere sostenibile questo obiettivo del SSN in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), mantenendo inalterata la sicurezza per pazienti ed operatori e garantendo l'equità d'accesso alle prestazioni.

Anche in relazione a questo, negli ultimi mesi del 2022 è stato dato avvio al progetto di ricerca "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati", promosso dalla Direzione Generale Programmazione Sanitaria, in collaborazione con l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, all'interno del quale è stata confermata la partecipazione degli Ospedali Pilota e dei Referenti istituzionali regionali/provinciali ed aziendali che hanno

partecipato al precedente progetto “Riorganizzazione dell’attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura”.

PIANO OPERATIVO STRAORDINARIO

L’obiettivo prioritario è quello di inserire i pazienti in lista di attesa chirurgica in base alla loro priorità clinica e alla complessità di intervento.

Pertanto, poiché l’attività chirurgica è sicuramente una delle attività più complesse in ambito sanitario, rappresentando nel contempo l’elemento caratterizzante e di alto valore di tutte le strutture sanitarie, il centro di costo più rilevante per le risorse richieste dal suo funzionamento, nonché l’attività più impegnativa anche in termini di costi per un’Azienda Sanitaria, risulta indispensabile l’implementazione di un modello di governo globale del percorso peri-operatorio. L’approccio previsto dalle linee di indirizzo nazionali al fine di garantire equilibrio tra domanda di lista d’attesa e capacità produttiva, si basa sullo sviluppo di 2 macro aree che devono prevedere modelli di governo dei processi all’interno delle Aziende Sanitarie e a livello regionale:

- Governo di Lista di Attesa:

Richiede la costruzione di un processo univoco di inserimento dei pazienti in Lista di Attesa, attraverso l’istituzione di uno specifico sistema di classificazione dei casi (nomenclatore unico) e la definizione di un set di informazioni minime obbligatorie, coerenti con quanto previsto dal PNGLA e dunque utili al fine di monitorare in tempo reale lo stato delle Liste di Attesa;

- Governo della Capacità Produttiva:

Richiede una raccolta strutturata di dati di tutte le sale operatorie fisiche presenti sul territorio e dei dati di attività che caratterizzano il percorso peri-operatorio del paziente, dal momento del suo inserimento in lista di attesa, passando per il ricovero e la sala operatoria, fino al momento della sua dimissione dalla struttura sanitaria.

Si impone, pertanto, un’evoluzione della strategia per il governo delle liste di attesa chirurgiche incentrata **sulle seguenti azioni**:

1. **Recepire l’Accordo**, ai sensi dell’articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante **"Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"**, sancito dalla Conferenza Permanente Stato- Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Rep. atto n. 100/CSR);
2. **Adottare le “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”** redatte a livello regionale per la successiva implementazione nelle strutture presenti in Umbria;
3. **Governo di Lista di Attesa attraverso:**
 - a. Classificazione degli interventi inseriti in Lista di Attesa;
 - b. Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA);
 - c. Completamento dell’informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale;
 - d. Predisposizione di un Regolamento Regionale e Scorrimento Lista di Attesa;
 - e. Strumenti di Monitoraggio della domanda con misurazione della domanda di Lista di Attesa.
4. **Governo della Capacità Produttiva:**
 - a. Organizzazione Aziendale: la Direzione Aziendale deve guidare tutte le fasi del processo;
 - b. Centralizzazione del Governo di Lista di Attesa;
 - c. Introduzione di nuove competenze: la Gestione Operativa

- d. Adozione del Regolamento di Sala Operatoria;
 - e. Mappatura del Processo chirurgico in Blocco Operatorio con rilevazione dei quindici eventi fondamentali del percorso chirurgico;
 - f. Definizione di strumenti di Monitoraggio dell’offerta con misurazione della Capacità Produttiva;
5. **Adottare a livello regionale i criteri e i requisiti per la chirurgia ambulatoriale;**
 6. **Pubblicazione dei tempi di attesa nel rispetto delle linee di indirizzo nazionale;**
 7. **Piano specifico di recupero dei pazienti inseriti in lista di attesa ante 2023** compilando il seguente format di tabella:

FORMAT PIANO RECUPERO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN LISTA D'ATTESA							
INTERVENTI CHIRURGICI IN LISTA DI ATTESA STRATIFICATI PER CLASSE DI COMPLESSITA' E DI PRIORITA'	Periodo			Recupero in orario ordinario per efficientamento organizzazione	Recupero in orario aggiuntvo	Risorse produttività aggiuntiva	% DI RECUPERO ENTRO 31.12.2023
	Ante 2023	2023	Totale				
CLASSE DI COMPLESSITA' 1 E CLASSE DI PRIORITA' A							
CLASSE DI COMPLESSITA' 1 E CLASSE DI PRIORITA' B							
CLASSE DI COMPLESSITA' 1 E CLASSE DI PRIORITA' C							
CLASSE DI COMPLESSITA' 1 E CLASSE DI PRIORITA' D							
CLASSE DI COMPLESSITA' 2 E CLASSE DI PRIORITA' A							
CLASSE DI COMPLESSITA' 2 E CLASSE DI PRIORITA' B							
CLASSE DI COMPLESSITA' 2 E CLASSE DI PRIORITA' C							
CLASSE DI COMPLESSITA' 2 E CLASSE DI PRIORITA' D							
CLASSE DI COMPLESSITA' 3 E CLASSE DI PRIORITA' A							
CLASSE DI COMPLESSITA' 3 E CLASSE DI PRIORITA' B							
CLASSE DI COMPLESSITA' 3 E CLASSE DI PRIORITA' C							
CLASSE DI COMPLESSITA' 3 E CLASSE DI PRIORITA' D							
INTEREVENTI AMBULATORIALI							
Totale Risultato							

Per procedere con le azioni sopraelencate, la Task Force regionale per il governo delle liste d’attesa elabora un piano operativo di intervento e definisce i gruppi di lavoro per la stesura, l’adozione e l’implementazione dei documenti di cui ai punti 2,3,4, 5 e 6.

Le Aziende presenteranno il piano di recupero dei pazienti inseriti in lista di attesa ante 2023 con le stesse modalità utilizzate per il piano di recupero di cui alla DGR 347/2022.

La Task force recepisce e valuta il Piano presentato e, se necessario interviene per migliorarlo ed efficientarlo per la validazione definitiva.

Tale Piano sarà sottoposto a stretto monitoraggio di attuazione. È obiettivo prioritario e vincolante delle direzioni aziendali il rispetto del Piano ed eventuali ed eccezionali disallineamenti dovranno essere tempestivamente motivati per i successivi ed opportuni interventi della Task force. La Direzione regionale, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, si riserva di intervenire con le modalità opportune.

3. GOVERNANCE REGIONALE

Con Determinazione direttoriale N. 1125 del 02/02/2023, in ossequio al mandato ricevuto dalla Giunta regionale con DGR 07.07.2021, n. 647, è stata istituita la Task force regionale per il governo delle liste d'attesa, al fine di presidiare le seguenti funzioni:

- monitoraggio e analisi dei dati;
- analisi criticità organizzative;
- definizione piani operativi di attività;
- informazione e comunicazione nei confronti della cittadinanza circa il monitoraggio delle liste d'attesa ed il recupero delle prestazioni, mediante la produzione di report periodici;

In base alla Determinazione sopra richiamata, la Task Force regionale è costituita dal:

- Direttore regionale Salute e Welfare, che la coordina;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza ospedaliera;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza territoriale;
- Dirigente regionale competente in materia di sistemi informativi sanitari;
- Responsabile della Sezione regionale competente in materia di monitoraggio liste di attesa;
- Responsabile della Sezione regionale competente in materia di comunicazione, semplificazione dei rapporti tra cittadino e SSR;
- Amministratore Unico di Punto Zero Scarl;
- Dirigente e personale interessato dell'area Servizi all'utenza di Punto Zero Scarl;
- Dirigente e personale interessato dell'area ICT di Punto Zero Scarl

La DD n.1125 del 02/02/2023 prevede che la composizione della Task force può, inoltre, essere integrata con altri esperti delle Aziende sanitarie o di Punto Zero Scarl su indicazione del Direttore regionale Salute e Welfare e può avvalersi di Tavoli Tecnici composti da rappresentanti dei Medici specialisti, dipendenti e convenzionati, e da Medici di assistenza primaria e Pediatri di libera scelta delle Aziende sanitarie regionali per la definizione delle azioni da porre in essere nei diversi ambiti di competenza.

La Task force è chiamata, quindi, a svolgere un'azione di governance e monitoraggio delle azioni previste nel presente piano operativo straordinario nel rispetto dei tempi definiti.

Ai fini del monitoraggio delle attività previste dal presente piano, la Task Force è già integrata con i seguenti professionisti:

- Dirigente regionale competente in materia di reclutamento del personale del SSR e l'utilizzo degli istituti contrattuali;
- Dirigente regionale competente in materia economico finanziario per la gestione delle risorse aggiuntive.

Al fine di conseguire tale obiettivo, la Task force dovrà riunirsi ogni 15 giorni per verificare l'attuazione e lo stato dell'arte delle iniziative definite nel presente piano, nonché attivare confronti con le direzioni aziendali per tenere in costante allineamento azioni e tempistiche definite, definire e garantire l'attuazione di eventuali azioni correttive e/o migliorative che si rendano necessarie in base al contesto rilevato.