

1. INDICE

1.	INDICE	1
2.	STORIA DEL DOCUMENTO	1
3.	SCOPO	1
4.	CAMPO DI APPLICAZIONE	1
5.	DEFINIZIONI, ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	2
6.	MODALITÀ OPERATIVE E RESPONSABILITÀ	2
6.1	Resoconto anno 2024	2
6.2	Programmazione attività per l'anno 2025	3
6.3	Obiettivi e indicatori per l'anno 2025	3
7.	DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE	4
8.	RIFERIMENTI	4
9.	ALLEGATI	4

2. STORIA DEL DOCUMENTO

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Modifiche
0	15/01/2024	*Gruppo multidisciplinare	DS Dott.ssa A. Crisanti Dott.ssa Manuela Russini <i>Manuela Russini</i>	DS Dott.ssa A. Crisanti DG Dott. Gabriele Coppa <i>Gabriele Coppa</i>	Prima emissione
1	15/01/2025	*Gruppo multidisciplinare <i>Chiara Guelfi</i> <i>Anita Giorgi</i> <i>Luana Buonomo</i> <i>David Sementilli</i>	DS Dott.ssa Anna Crisanti Dott.ssa Manuela Russini <i>Anna Crisanti</i> <i>Manuela Russini</i>	DS Dott.ssa A. Crisanti DG Dott. Gabriele Coppa <i>Gabriele Coppa</i>	Aggiornamento del documento

*Direttore ATD Dott.ssa Chiara Guelfi; Coord. RO Anita Giorgi; Dir. Professioni Sanitarie Dott.ssa Luana Buonomo; Resp. SIO Sementilli David

3. SCOPO

Il piano di miglioramento annuale è lo strumento per la progettazione strategica attraverso il quale la Direzione Sanitaria e il GAPAC, si impegnano a monitorare le attività e pianificare le azioni correttive emergenti dalle criticità rilevate nel percorso chirurgico, dall'inserimento nelle liste d'attesa, alla presa in carico, intervento e dimissione.

Lo scopo del presente documento è, in ottemperanza al documento LAIC nota n.668653 del 19.06.2023, dare evidenza di tale programmazione.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

	GAPAC		ALL. 01 REG. DS 01	
	PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNUALE		Rev. 1 15/01/2025	Pag. 2 di 4

I destinatari del piano di miglioramento sono i componenti del GAPAC e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Regina Apostolorum, nonché tutti i Professionisti coinvolti in prima linea nella gestione del paziente chirurgico.

5. DEFINIZIONI, ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

GAPAC	Gruppo Aziendale per la Programmazione della Attività Chirurgica
DS	Direzione Sanitaria
UO	Unità Operativa
GBO	Gruppo Operativo Blocco Operatorio
LAIC	Liste di attesa Informatizzate Chirurgiche
PRGLA	Piano Regionale del Governo delle Liste di Attesa
PDA	Proposta di Attività

6. MODALITÀ OPERATIVE E RESPONSABILITÀ

6.1 Resoconto anno 2024

Nella tabella qui di seguito si individua l'area di processo oggetto del piano di miglioramento, i relativi obiettivi/indicatori e i dati del 2024:

AREA PROCESSO	DI	OBIETTIVO 1	INDICATORE	RISULTATO AL 31.12.24	OBIETTIVO 2	INDICATORE	RISULTATO AL 31.12.24
Sistema informativo		Appropriatezza inserimento setting assistenziale (ordinario, Dh, APA)	90% appropriatezza setting	90% raggiunto	Correttezza tecnica inserimento dati	100% inserimento dati corretto	<100% Nota: 2% di errori per scorretta compilazione anagrafica su PDA
Visita specialistica chirurgica		Corretta definizione della classe di priorità	92% n. di cambio di classe di priorità nel trimestre	92% raggiunto			
Inserimento in lista di presa in carico		Tempo di permanenza in lista di presa in carico	90 giorni		raggiunto		
Inserimento in lista d'attesa		Corretta individuazione degli utenti candidati alla lista di attesa	1%		raggiunto		
Uscita dalla lista di attesa		Efficientamento delle tempistiche di intervento	85% interventi effettivamente eseguiti	raggiunto			
Preospedalizzazione		Appropriata programmazione secondo classe di priorità	87% effettivo rispetto all'assegnazione della classe di priorità	raggiunto			
Programmazione operatoria settimanale		Ottimizzazione dei tempi di intervento	98% di occupazione rispetto all'orario	raggiunto			

	GAPAC		ALL. 01 REG. DS 01	
	PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNUALE		Rev. 1 15/01/2025	Pag. 3 di 4

6.2 Programmazione attività per l'anno 2025

Per l'anno 2025 si conferma la pianificazione di incontri con i membri del GAPAC e del GBO a cadenza trimestrale:

- Marzo 2025
- Giugno 2025
- Settembre 2025
- Dicembre 2025

In sede di incontro i membri del tavolo discuteranno i seguenti punti all'OdG:

1. Stato dell'arte
2. Monitoraggio del percorso chirurgico nell'interezza del processo
3. Valutazione dell'andamento degli obiettivi prefissati per l'anno 2025 (par. 6.1.2)
4. Discussione di eventuali criticità emerse nel trimestre (organizzative, cliniche, strutturali, strumentali, procedurali)
5. Valutazione del fabbisogno formativo del personale coinvolto nel processo
6. Pianificazione degli interventi correttivi in ordine di priorità
7. Valutazione dei correttivi pianificati nei precedenti incontri
8. Valutazione delle procedure in essere
9. Implementazione degli obiettivi stabiliti in sede di convocazione tavoli regionali

La partecipazione agli incontri trimestrali è obbligatoria, ciascun membro può nominare un delegato se assente. In sede di incontro verranno portati dati, criticità, proposte. La strategia degli interventi sarà discussa collegialmente tenendo conto delle risorse disponibili, della sicurezza dei percorsi e delle cure. Al termine di ciascun incontro verrà verbalizzato il piano di intervento e attribuita l'implementazione del correttivo/azione di miglioramento concordata. La Direzione sanitaria è identificata come responsabile del processo di raggiungimento degli obiettivi, in sinergia con la Direzione Generale cui spetta la ratifica e convalida finale.

6.3 Obiettivi e indicatori per l'anno 2025

Sono stati redatti in base alle indicazioni dell'ultimo tavolo regionale del 22.10.2024

AREA DI PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORE	SIGNIFICATO
Corretto inserimento in lista di attesa	100% inserimenti corretti	Numero inserimenti inappropriati/sul numero totale	Quantificare gli errori di inserimento in lista di attesa piuttosto che in presa in carico
Corretta individuazione della classe di priorità (A)	100% comprese sulle patologie benigne complicate	Campionamento di 10 PDA: n PDA visionate/ n PDA appropriate	
Correttezza diagnosi su proposta di ricovero rispetto all'intervento proposto	97% di prima diagnosi corretta	Campionamento di 10 PDA: n PDA visionate/ n PDA con diagnosi corretta	Valutazione del paziente oncologico quando ricoverato per intervento diverso dalla malattia principale
Tempistiche operative sale	Saturazione dei tempi di attività di sala operatoria	Totale minuti di intervento (ingresso sala-uscita sala) /numero di disponibilità in minuti di sala operatoria	Valutazione dei minuti di consuntivo di una settimana al mese, rispetto ai tempi di sala operatoria

	GAPAC		ALL. 01 REG. DS 01	
	PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNUALE		Rev. 1 15/01/2025	Pag. 4 di 4

7. DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

Il presente regolamento è pubblicato sulla Intranet Qualità a cura del SGQ. Le modalità di distribuzione e archiviazione sono definite nella procedura sulla gestione della documentazione (PRO SGQ 01)

8. RIFERIMENTI

- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 (CSR 28 /2019)
- Conferenza Stato- Regioni 9/07/2020 “Linee di indirizzo per il Governo del percorso del paziente chirurgico programmato”
- Determinazione Regione Lazio N.G 11271 del 1/10/2020 – Recepimento dell’Accordo di Conferenza Stato-Regioni 9/0/2020 “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”.

9. ALLEGATI

Il presente documento non prevede allegati