



LETTER TO
THE EDITOR

Process reengineering: l'esperienza del centro di elettrofisiologia della ASL di Viterbo

Process reengineering: the experience of electrophysiology
center of the local health unit of Viterbo

Mario Malavasi¹, Silvia Dari²

¹ U.O.S.D. Elettrofisiologia, Ospedale Belcolle, ASL di Viterbo

² Coordinamento Programmi di Vaccinazione, Dipartimento di Prevenzione, ASL di Viterbo

KEYWORDS

Reengineering; Public Organization Reengineering; Public Health

LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI IN SANITÀ

La reingegnerizzazione dei processi è un metodo di analisi nato nella realtà privata, per prevedere un ripensamento delle procedure aziendali al fine di ottimizzarle in termini di costi e tempi. Negli ultimi anni è divenuto sempre più uno strumento in uso nella Pubblica Amministrazione prendendo il nome di Public Organization Reengineering [1]. Questo nasce prevalentemente quale strumento operativo per proporre progetti efficaci, ottenendo risultati che migliorino la qualità dei servizi erogati [2]. La reingegnerizzazione dei processi dell'Elettrofisiologia dell'ASL di Viterbo ha avuto inizio nel secondo semestre del 2012, con una sperimentazione che è andata a regime nel 2013 e che a tutt'oggi è un quotidiano strumento operativo [3]. Obiettivo di questo brief report è confrontare la gestione tradizionale con quella informatizzata attraverso l'utilizzo del software di gestione del registro operatorio che accoglie dati personali e sensibili del paziente, nonché tempistica di Sala Operatoria. A due anni consolidati si può veramente parlare di ottimizzazione dei tempi?

METODI E RISULTATI

È stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare, formato da medici, infermieri

professionali, professionisti amministrativi addetti al controllo di gestione, alla contabilità analitica e all'analisi statistica e dei costi, con lo scopo di individuare e reingegnerizzare i processi di sala operatoria [4,5]. Le procedure studiate sono state due: impianto di pacemaker (PM) o defibrillatore impiantabile (ICD) e sostituzione di PM o ICD. È stato messo a confronto il primo semestre 2012, utilizzando i dati inseriti nel registro operatorio cartaceo, con il secondo semestre 2014, prendendo le informazioni inserite nel software di gestione del registro operatorio. Nello specifico sono stati individuati in entrambi i casi tre tipologie di tempi procedurali: preoperatorio (dall'ingresso nel blocco operatorio all'incisione della cute), operatorio (dall'incisione alla sutura della cute) e postoperatorio (dalla sutura all'uscita dal blocco operatorio) [2]. Lo scenario individuato è stato rielaborato grazie ai software Windows Acces ed Excell ed i risultati sono stati espressi come media ponderata e rapporto percentuale tra metodologia tradizionale e innovativa.

Come illustrato in Tabella I, relativamente all'impianto di PM/ICD, il tempo preoperatorio è passato da 31 minuti della procedura tradizionale a 23 minuti, con una riduzione del 35% e quello postoperatorio da 22 a 14 minuti con una riduzione del 57%: complessivamente il paziente in media è stato in sala

Corresponding author

Dott.ssa Silvia Dari
silvia.dari@asl.vt.it

Disclosure

The authors have no conflicts of interest to declare.

Tempo (min)	Procedura		
	Tradizionale	Informatizzata	Tradizionale/informatizzata (%)
Impianto PM/ICD			
Preoperatorio	31	23	-35
Operatorio	48	45	-7
Postoperatorio	22	14	-57
Totale	101	82	-23
Sostituzione PM/ICD			
Preoperatorio	29	22	-32
Operatorio	25	24	-4
Postoperatorio	22	17	-29
Totale	76	63	-21

Tabella I. Confronto dei tempi tra procedura tradizionale e procedura informatizzata

	Riduzione tempi* (%)	
	Preoperatorio	Postoperatorio
Impianto PM/ICD		
Sperimentazione	-26	-36
A regime	-35	-57
Sostituzione PM/ICD		
Sperimentazione	-24	-23
A regime	-32	-29

Tabella II. Riduzione percentuale dei tempi dalla fase di sperimentazione a regime

*metodologia tradizionale/informatizzata

operatoria 19 minuti in meno. Tale trend di decrescita del tempo di permanenza in sala si mantiene anche per quanto riguarda la sostituzione di PM/ICD, con una riduzione di 13 minuti, ovvero del 21%. Il tempo operatorio sostanzialmente può definirsi inalterato o comunque in entrambi i casi ridotto in modo estremamente superfluo.

Come riportato in Tabella II il confronto tra i dati analizzati nei primi sei mesi [3] di utilizzo dello strumento informatico, quindi in fase di sperimentazione, e quelli del secondo semestre 2014, a regime, sono ulteriormente diminuiti. Infatti, per quanto riguarda gli impianti nel tempo preoperatorio si è passati da una riduzione del 26% al 35%, e nel tempo post-operatorio dal 36% al 57%; per le sostituzioni tale riduzione va dal 24% al 32% nel preoperatorio e dal 23% al 29% nel postoperatorio. Da quanto detto si può dedurre che con l'abbattimento della curva di apprendimento degli operatori, lo strumento infor-

matizzato ha permesso un'ottimizzazione dei tempi, che con estrema probabilità garantiscono anche una maggiore qualità. Infatti il personale sanitario dedica meno tempo alla gestione amministrativa, riqualificando l'attività lavorativa verso operazioni prevalentemente cliniche.

La procedura reingegnerizzata ed informatizzata ha permesso una contrazione oggettiva dei tempi di permanenza del paziente in sala operatoria del 21% nel caso della sostituzione di PM/ICD fino ad arrivare al 23% per l'impianto di PM/ICD, che concorre ad un aumento di sicurezza per il paziente [6]. L'inserimento in un software delle informazioni personali e sensibili del paziente nonché i tempi di sala operatoria creano una banca dati che potenzialmente può prestarsi a numerose ricerche ed indagini scientifiche, permettendo di estrapolare i dati filtrandoli per anno, operatore, procedura ecc. Tale segmentazione delle informazioni ha fatto già emergere delle zone d'ombra, che precedentemente non erano conosciute in quanto non misurabili con i tradizionali strumenti in possesso.

L'esperienza dell'elettrofisiologia della ASL di Viterbo è stata replicata in tutti i blocchi operatori dell'Azienda, tanto che in tutti i Presidi Ospedalieri e per tutte le discipline chirurgiche la cartella clinica informatizzata è uno strumento operativo abituale. Le informazioni contenute potranno diventare un ottimo strumento non solo per i Direttori delle varie Unità Operative, al fine di monitorare le attività chirurgiche, ma anche del Controllo di Gestione Aziendale.

BIBLIOGRAFIA

1. Dari S. E-Procurement e Reingegnerizzazione dei processi in Sanità. *TEME* 2014; 5/6
2. Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione. La reingegnerizzazione dei processi nella pubblica amministrazione. Inquadramento e Sintesi della Metodologia. Roma, 1998. Disponibile su: http://archivio.cnipa.gov.it/site/_contentfiles/00131300/131335_bpr.pdf
3. Sassara M, Malavasi M, Leonardi C, et al. La reingegnerizzazione dei processi di sala operatoria: la best practice dell'elettrofisiologia dell'AUSL Viterbo. *TEME* 2013; 5/6
4. Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione. La reingegnerizzazione dei processi nella pubblica amministrazione. Guida Operativa. Roma, 1998. Disponibile su: http://archivio.cnipa.gov.it/site/_contentfiles/00131300/131335_bpr.pdf
5. Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione. La reingegnerizzazione dei processi nella pubblica amministrazione. Tecniche e strumenti di supporto. Roma, 1998. Disponibile su: http://archivio.cnipa.gov.it/site/_contentfiles/00131300/131335_bpr.pdf
6. Ministero del lavoro della salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III. Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. 2009. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_publicazioni_1119_allegato.pdf