



“Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato in AST MACERATA”

INDICE

PREMESSA	2
1. Organizzazione aziendale	3
2. REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA	5
2.1. Responsabilità	6
2.2. Programmazione del Blocco Operatorio	8
3. Il percorso chirurgico peri-operatorio	11
3.1. Fase PRE-operatoria	12
3.2. Fase INTRA-operatoria	22
3.3. Fase POST-operatoria	26
4. Audit e Accreditamento	30
5. Sistema informativo e monitoraggio	30

ALLEGATO 1 A: REGOLAMENTO di SALA OPERATORIA

PREMESSA

Visto il DGR n. 1089/2022 in recepimento Accordo Stato-Regioni “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” si redige il seguente documento che formalizza gli indirizzi condivisi sul governo del percorso del paziente chirurgico programmato e si prefigge l’obiettivo di rendere più efficienti i blocchi operatori degli ospedali dell’AST MACERATA, riducendo i costi, aumentando la sicurezza per pazienti ed operatori e garantendo un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini a tale percorso attraverso la definizione di indicatori da utilizzare per la valutazione delle performance ospedaliere nonché delle attività, dei ruoli, dei tempi, delle responsabilità, degli elementi di rischio e degli strumenti di lavoro per organizzare e definire il percorso del paziente chirurgico dal momento dell’indicazione chirurgica, all’accesso in ospedale, al trattamento chirurgico, fino alla dimissione.

Il citato documento prevede, infatti, 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.

1. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'Azienda sanitaria AST Macerata, in relazione a quanto previsto dalle linee guida nazionali, costituisce e formalizza i seguenti gruppi di lavoro per l'attuazione del suddetto percorso:

- › **Gruppo Strategico;**
- › **Gruppo di Programmazione;**
- › **Gruppo Operativo.**

Gruppo Strategico:

L'individuazione di un **Gruppo Strategico**, il cui mandato è di formulare la Strategia Chirurgica Aziendale in accordo con la Direzione Aziendale, risponde alla necessità di assegnare una chiara responsabilità in merito al raggiungimento dell'obiettivo complessivo della riorganizzazione. Il Gruppo Strategico dovrà quindi garantire che siano recepite le indicazioni nazionali e regionali trasferendole con gli appropriati adeguamenti all'organizzazione, definire i tempi di attuazione e mantenere sotto controllo le risorse e gli investimenti necessari. Il Gruppo rappresenta inoltre il collegamento tra la Direzione Aziendale ed il Gruppo di Programmazione. Tale collegamento deve essere efficiente (senza costituire un allungamento ed appesantimento della gestione) ed efficace nel rendere ciascuna delle componenti aziendali costantemente aggiornata sullo sviluppo del processo. Il Gruppo deve essere multidisciplinare e composto da professionisti ricoprano un ruolo apicale all'interno della struttura sanitaria al fine di poter mettere in atto i cambiamenti necessari all'interno del percorso.

In sintesi il Gruppo Strategico è composto da:

- Direttore Sanitario con funzioni di coordinamento del gruppo di lavoro
- Direttore Medico di Presidio;
- Direttore Dipartimento Chirurgico;
- Direttore Dipartimento Chirurgie specialistiche;
- Direttore Dipartimento Materno-Infantile;
- Responsabile Controllo di Gestione;
- Responsabile Personale;
- Direttore SPS Area Infermieristico Ostetrica
- Partecipazione dei Direttori degli altri Dipartimenti quando coinvolti per tematiche di interesse;

ed ha la responsabilità di garantire la governance complessiva del sistema, definire le strategie con l'individuazione di tutte le risorse necessarie, la risoluzione delle criticità per l'attuazione di scelte appropriate e una chiara definizione delle tempistiche di realizzazione fissando obiettivi, indicatori e target da raggiungere.

Gruppo di Programmazione

Attivato sempre dalla Direzione sanitaria in accordo con il Gruppo Strategico, il Gruppo di Programmazione ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dal Gruppo Strategico.

Separa i flussi chirurgici, sviluppa pianificazione e programmazione delle attività applicando le priorità di smaltimento delle Liste di Attesa, monitorando il rispetto delle regole definite per la gestione del percorso chirurgico; organizza il Reporting (rilevamento dati, valutazione indicatori e monitoraggio); controlla le funzioni di gestione operativa coinvolte nelle differenti fasi del processo.

Il Gruppo di Programmazione, inoltre, ha la visione dell'intero percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato, garantendo il coinvolgimento di tutta l'Azienda sanitaria nel processo di governo.

Il Gruppo di Programmazione deve essere multiprofessionale e costituito da figure esperte nel settore con competenze specifiche di tipo organizzativo e strategico:

dà attuazione alle indicazioni e alle strategie pianificate dal gruppo Strategico e monitora la loro reale attivazione.

Il Gruppo di programmazione è costituito da:

- Direttore Medico di Presidio con funzioni di coordinamento del gruppo di lavoro
- Responsabile medico Blocco Operatorio
- SIA
- Direttori UU.OO chirurgiche ed anestesiológicas per ogni presidio ospedaliero AST
- Responsabile del Controllo di Gestione
- IFOD Coord Infermieristico Blocchi Operatori
- IFO Bed Manager

Gruppo Operativo

Il Gruppo operativo del Blocco Operatorio è costituito da

- Responsabile medico Blocco Operatorio AST con funzioni di coordinamento del gruppo di lavoro
- Referente del Blocco Operatorio di ogni presidio ospedaliero AST
- Coordinatore infermieristico del Blocco Operatorio di ogni presidio ospedaliero AST
- Referente medico della Direzione Medica di Presidio.

Il Gruppo Operativo svolge la funzione di monitoraggio della gestione delle sale operatorie. Tutte le informazioni utili al buon funzionamento del Blocco Operatorio dovranno

essere comunicate al gruppo ed in particolare quelle riguardanti:

- la pianificazione degli interventi chirurgici;
- i cambiamenti nel programma operatorio;
- le comunicazioni delle urgenze/emergenze;
- la disponibilità del personale;
- la disponibilità del materiale e delle apparecchiature necessarie;
- i problemi procedurali riscontrati all'interno delle varie sale operatorie;

- gli elementi critici nella sala risveglio;
- la disponibilità dei posti letto della Terapia Intensiva.

Tale Gruppo ha anche la responsabilità operativa nell'ambito dell'organizzazione dei comparti operatori ed in particolare della risoluzione de gestione delle criticità giornaliere rapportandosi con i referenti di sala operatoria.

Questo gruppo, operativo per struttura ospedaliera, e se necessario per blocco operatorio, deve ricevere le liste operatorie settimanali da parte delle strutture chirurgiche e deve procedere con l'analisi delle stesse per valutare (sulla base dei tempi medi della singola equipe per quella tipologia d'intervento), la congruità fra interventi proposti e spazi operatori disponibili. Tale Comitato dovrà valutare, almeno una settimana prima, le singole liste operatorie che, se ritenute congrue, dovranno essere sottoscritte. Tale atto sarà vincolante per l'espletamento della seduta stessa che dovrà essere ultimata.

Il recepimento del modello organizzativo delineato potrà essere adattato alle diverse realtà organizzative presenti nella Azienda sanitaria pur nel rispetto delle finalità, delle funzioni e delle responsabilità in esso previste come sopra dettagliate.

2. REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA

Introduzione

Il regolamento di sala operatoria appare documento fondante per una corretta gestione del Blocco Operatorio e deve essere redatto alla luce dei principi del manuale per la sicurezza in Sala Operatoria.

Le strutture sanitarie devono adottare il Regolamento di Sala Operatoria in base alle linee guida regionali e tali atti devono regolamentare la gestione delle sale operatorie per il trattamento delle patologie di natura chirurgica trattate in regime ordinario, ambulatoriale e day surgery.

Deve essere regolamentato come viene garantita l'attività chirurgica programmata con i relativi orari e l'attività urgente 24h su 24h.

Le strutture devono assicurare prestazioni cliniche sicure e di elevata qualità, nel rispetto dell'individualità, della dignità e dei valori del paziente. L'azione degli operatori, improntata al Codice Deontologico e guidata dalle conoscenze professionali di ciascuno, mira all'umanizzazione del percorso operatorio del paziente.

Il regolamento ha lo scopo di identificare le regole di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio (BO), al fine di garantire il migliore andamento delle attività di sala operatoria cercando di definire la modalità di gestione delle possibili evenienze che possono occorrere in un setting operativo di tale complessità.

Il regolamento di organizzazione dei Blocchi operatori/Sale Operatorie, prende in considerazione i differenti percorsi clinico-assistenziali, peculiari delle diverse discipline, ed ha lo scopo di:

- definire le regole generali di funzionamento dei Blocchi operatori/Sale Operatorie per rendere ottimale il tempo di utilizzo della sala operatoria, attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione pre-operatoria del paziente;
- incrementare l'efficienza del percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato;

- ottimizzare l'impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche assegnate ai Blocchi operatori/Sale Operatorie;
- individuare i ruoli di coordinamento clinico-organizzativo, quale diretta emanazione della Direzione Sanitaria, nella gestione ordinaria delle attività chirurgiche e nella gestione degli eventi straordinari;
- definire chiaramente le modalità di accesso alla sala operatoria in regime di emergenza e urgenza.

L'organizzazione del BO deve mantenere come riferimento la sicurezza del paziente secondo il **“Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check -List”** del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 2009 e le **“Linee di indirizzo per il Governo del percorso del paziente chirurgico programmato”** contenute nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 9 luglio 2020.

Nel Regolamento vengono descritte le modalità e le azioni che tutto il personale (medico, infermieristico, OSS) coinvolto nelle attività di sala operatoria, deve seguire al fine di ottenere una corretta pianificazione e utilizzo delle sale operatorie e garantire una adeguata preparazione e gestione dei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico.

Il regolamento è applicabile ai blocchi operatori di tutti gli ospedali dell'AST Macerata durante le attività chirurgiche.

2.1 Responsabilità

Nel regolamento vengono descritti i ruoli e le responsabilità specifiche.

Nel Regolamento vengono descritte le responsabilità di ogni attore e organo decisionale coinvolto nel processo di programmazione e di gestione quotidiana quali:

- o **personale assegnato al blocco operatorio/sala operatoria:**

- Infermieri Strumentisti, di Anestesia e di Sala;
- Operatori Socio Sanitari;
- Medici Anestesisti;
- Medici Chirurghi

- o **personale di coordinamento del blocco operatorio/sala operatoria:**

- Referente Medico del Blocco Operatorio:

è un Dirigente Medico Anestesista e ha la funzione di sovrintendere e garantire il rispetto dei percorsi all'interno del Blocco e della corretta applicazione del presente regolamento, armonizzando il lavoro delle varie Unità Operative. Fa parte del **Gruppo operativo o Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio;**

- Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio:

ha la responsabilità diretta e complessiva di tutte le risorse umane infermieristiche e di supporto, logistiche e tecnologiche operanti all'interno del Blocco stesso, nonché si relaziona per il coordinamento con i responsabili del personale non direttamente assegnato alla dotazione organica della Sala Operatoria (es. tecnici di radiologia, tecnici perfusionisti, operatori socio-sanitari, ausiliari addetti alla sanificazione, etc.). In collaborazione con i

Referenti Infermieristici di Sala (se presenti) si occupa delle seguenti funzioni:

- manutenzione di locali, apparecchiature, attrezzature e strumentario;
- processi di sanificazione degli ambienti, garantendone la standardizzazione dei tempi di esecuzione, nonché la disinfezione e sterilizzazione dello strumentario, garantendone un corretto utilizzo;
- organizza e coordina gli approvvigionamenti dei materiali di consumo e predisposizione dello strumentario e delle apparecchiature previste in nota operatoria;
- controlla la corretta tenuta e compilazione del registro dei farmaci e degli stupefacenti (carico e scarico);
- applica il regolamento di accesso alle sale operatorie e gestisce la conservazione delle richieste di autorizzazione all'accesso e la corretta tenuta del Registro presenze temporanee;
- controlla la disponibilità dei DPI ed il loro corretto utilizzo da parte dei lavoratori;
- in caso di criticità organizzativa, attiva il Referente Medico al fine di reperire le risorse necessarie;
- raccoglie, pone all'esame del Referente Medico e archivia tutte le proposte d'intervento d'urgenza/emergenza e le altre autorizzazioni di accesso. Fa parte del **Gruppo operativo**.

o **Organi di governo del processo:**

- **Il Referente del Gruppo operativo** deve ricevere le liste operatorie settimanali da parte delle strutture chirurgiche e deve procedere con l'analisi delle stesse per valutare (sulla base dei tempi medi della singola equipe per

quella tipologia d'intervento) la congruità fra interventi proposti e spazi operatori disponibili; dovrà valutare, almeno una settimana prima, le singole

liste operatorie che, se ritenute congrue, dovranno essere sottoscritte. Tale atto sarà vincolante per l'espletamento della seduta stessa che dovrà essere ultimata.

Il referente del Gruppo operativo svolge la funzione di monitoraggio della gestione delle sale operatorie.

o **Direttori delle UU.OO.:**

- **I Direttori delle UU.OO. Chirurgiche**, o loro delegati, hanno la responsabilità della redazione della nota operatoria settimanale secondo i criteri clinici e nel rispetto delle sedute assegnate.
- **I Direttori delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione**, o loro delegati, valutano la nota operatoria per gli aspetti relativi alla gestione anestesiológica dei pazienti.

2.2 Programmazione del Blocco operatorio

Pianificazione Risorse

Per risorse disponibili si intendono i fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (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 esecutori da garantire per una corretta programmazione delle attività.

La Pianificazione ha prospettiva almeno trimestrale ed è responsabilità del Gruppo di Programmazione. Essa ha lo scopo di integrare l'assegnazione delle risorse con le reali esigenze della struttura sanitaria, attraverso un meccanismo di Governance flessibile le cui scelte siano in trasparenza garantite da dati oggettivi a supporto.

L'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, risultano più agevoli se le procedure vengono integrate. Ciò anche in relazione alla possibilità di produrre statistiche 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.

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 dell'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 aziendale, territoriale (azienda ospedaliera e azienda sanitaria territoriale di riferimento) e regionale. **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.**

Modalità di pianificazione e programmazione dell'attività programmata nelle sale operatorie

La programmazione è effettuata dai Direttori UU.OO., i quali possono avvalersi di referenti formalmente delegati, e deve tenere conto di:

- a. tempi di impegno chirurgico in senso stretto (incisione-sutura);
- b. tempi di preparazione paziente, sanificazione e ripristino della sala, tempi di posizionamento, tempi anestesilogici, presumibili secondo esperienza per quel tipo di intervento e per quello specifico paziente, anche attingendo ai dati della proposta chirurgica;
- c. tempi di trasferimento previsti per il paziente che eventualmente viene condotto con anestesista in TI e/o in Recovery Room (l'anestesista che accompagna il paziente non è immediatamente disponibile per il successivo intervento);
- d. vincoli connessi alla disponibilità delle apparecchiature e dello strumentario monouso e pluriuso e ai tempi di ricondizionamento di questi ultimi;

attività chirurgiche, non da lista di attesa chirurgica, da effettuare in tempi rapidi, entro 48/72 ore per le quali riservare quota adeguata degli spazi operatori elettivi

assegnati; ad esempio traumi o pazienti ricoverati per altra ragione che a seguito di una consulenza specialistica necessitano di intervento in continuità di ricovero;

- e. segnalare la necessità in sala della presenza di TSRM o altre figure professionali, tenendo conto della disponibilità degli stessi.

Nota operatoria settimanale

La nota operatoria settimanale deve giungere tempestivamente (si suggerisce il mercoledì della settimana precedente come scadenza per l'invio e la valutazione) alle figure coinvolte nel processo, **per essere verificata dal Gruppo Operativo/Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio in termini di integrità e rispetto delle indicazioni interne, con anticipo sufficiente a mettere in atto eventuali correzioni.**

La nota operatoria settimanale deve essere redatta sul software dedicato prelevando dalla lista d'attesa i pazienti che hanno terminato il percorso di pre-ospedalizzazione con giudizio di idoneità all'intervento, mantenendo sempre il criterio di equità e priorità nell'accesso. Tale nota operatoria deve avere come obiettivi il rispetto dei tempi di utilizzo delle sedute assegnate e l'ottimizzazione della produzione in relazione all'organizzazione delle degenze.

Criteri di riferimento per la costruzione delle note operatorie:

Devono essere tenuti presenti i criteri di riferimento per la programmazione delle sedute:

- i casi di maggior impegno, intesi con tempo totale previsto (preparazione, tempo chirurgico e uscita sala operatoria), vanno di norma inseriti all'inizio seduta;
- i casi che non possono essere sospesi devono di norma essere inseriti all'inizio seduta o comunque non a fine seduta;
- i casi con infezioni trasmissibili per via aerea vanno inseriti a fine seduta;
- i casi di pazienti allergici al lattice vanno inseriti a inizio seduta nella Divisione di appartenenza, con utilizzo della sala chirurgica appositamente predisposta, oppure in altra sala se necessario;
- i primi tre pazienti della lista operatoria devono mantenere la loro posizione in lista per garantire la fornitura del materiale previsto;

Si suggerisce di programmare le attività operatorie per setting assistenziali o con sale dedicate.

La proposta di programmazione settimanale, redatta dal Responsabile di Programmazione Chirurgica dell'Unità Operativa, deve essere redatta in funzione di:

- rispetto dei tempi di utilizzo delle sale operatorie assegnate;
- ottimizzazione in relazione all'organizzazione delle degenze (ordinaria, week surgery e day surgery).

Deve essere correttamente corredata dalle seguenti informazioni:

- sala operatoria;
- dati identificativi del paziente;
- patologia e tipo di intervento previsto;
- ora di inizio dell'intervento;
- durata prevista;
- equipe operatoria;
- tipo di anestesia pianificata in funzione della valutazione pre-operatoria;
- lato dell'intervento;
- posizione del paziente;
- necessità di emocomponenti;
- eventuali allergie (ad esempio farmaci, percorso latex e nichel free);
- necessità di accesso in terapia intensiva o Recovery Room; classificazione igienico-sanitaria dell'intervento;

- presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare;
- disponibilità di personale tecnico necessario alla effettuazione dell'intervento (sia interno che esterno all'organizzazione aziendale come tecnici di radiologia, medici nucleari, specialisti).

Nota operatoria giornaliera

A seguito della validazione, la proposta di Nota Operatoria diventa definitiva e rappresenta lo strumento essenziale per il corretto svolgimento del percorso organizzativo delle attività di sala operatoria.

La nota operatoria è lo strumento fondamentale di programmazione e di organizzazione delle sale operatorie. Deriva direttamente dalla Nota Operatoria Settimanale, **deve essere redatta e confermata almeno entro il giorno precedente, entro le ore 12:00** o comunque un tempo tale affinché l'organizzazione possa lavorare sulla preparazione delle attività di sala in tempi adeguati. **Deve contenere e confermare i dati della nota operatoria settimanale precedente ed eventuali modifiche devono essere segnalate ai responsabili definiti all'interno del Regolamento di Sala Operatoria.**

Essa rappresenta lo strumento fondamentale per la preparazione delle attività di sala in tempi adeguati.

I dati minimi che devono essere riportati all'interno della nota operatoria giornaliera sono i seguenti:

- dati anagrafici del paziente;
- orario di ingresso in sala e durata intervento chirurgico;
- durata intervento chirurgico;
- tipologia di intervento e lateralità se necessari;
- segnalazione di allergie;
- richiesta trasferimento in terapia intensiva o Recovery Room;
- richiesta attrezzature/strumentazioni di sala differenti dal setting standard;
- necessità di emocomponenti;
- consumi per paziente almeno dei materiali ad alto costo;
- indicazione del primo operatore;
- tipo di anestesia prevista;
- posizionamento paziente;
- disponibilità di personale tecnico necessario all'effettuazione dell'intervento.

Se previsti inserimenti di pazienti che sono già stati rinviati, questi ultimi devono di norma essere inseriti all'inizio seduta o, comunque, deve essere evitata una nuova sospensione. È responsabilità del Gruppo operativo del Blocco Operatorio mettere in atto le azioni necessarie.

Monitoraggio

- o **modalità e criteri di monitoraggio della performance** e del rispetto delle regole dell'organizzazione:
 - la registrazione di tutti gli orari di attività (es. sala pronta, arrivo paziente, ecc.) deve essere contestuale, al fine di garantire la massima aderenza alla realtà, compatibilmente con l'esecutività delle azioni, comunque entro e non oltre l'inizio dell'intervento successivo;

- è raccomandato l'utilizzo di uno strumento automatizzato per registrare i tempi delle varie fasi di accesso e di uscita al blocco operatorio e dell'intervento chirurgico.

o **rivalutazione periodica di processo per il miglioramento (audit).**

Il regolamento di sala operatoria deve essere un documento di carattere aziendale emanato e vigilato dalla Direzione Sanitaria; può non essere unico per tutti i blocchi operatori e prevedere adeguati meccanismi operativi in funzione, ad esempio, delle tecnologie *driver* di una determinata linea chirurgica (robotica, sale ibride), rispondendo quindi a criteri di specializzazione organizzativa- gestionale.

3. PERCORSO CHIRURGICO peri-operatorio

Il percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato rappresenta uno strumento che delinea, rispetto ad una o più patologie o problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno di un'organizzazione e tra organizzazioni per la presa in carico del paziente.

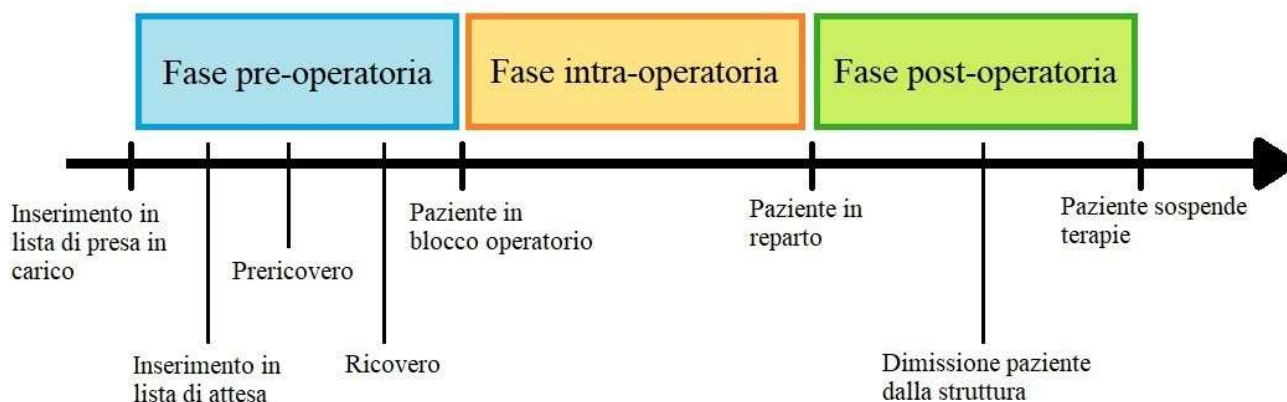
Tale percorso ha inizio al momento dell'inserimento del paziente in Lista di Attesa e si conclude al momento della sua dimissione. Tutte le azioni comprese in tale definizione devono essere governate perché connesse al percorso del paziente e va ribadita la centralità dello stesso, favorendo di conseguenza la reingegnerizzazione dei processi assistenziali.

Il percorso del paziente chirurgico è scandito dal tempo:

- tempo d'attesa per il ricovero (lista di attesa);
- tempo per espletare le attività di preparazione all'intervento (pre-ricovero);
- tempo del periodo peri-operatorio (dall'inserimento in Lista di Attesa alla risoluzione del problema chirurgico acuto).

La riorganizzazione del percorso del paziente chirurgico programmato, inteso come tempo di cura del paziente, non può non prendere in considerazione le fasi pre e post-chirurgiche, pena il suo fallimento.

Figura 2 Percorso Peri-operatorio



La Figura 1 descrive sull'asse del tempo la distribuzione delle fasi del percorso peri-operatorio, indicando alcuni dei tempi macro che identificano il passaggio da una fase alla successiva.

3.1 Fase pre-operatoria

Il percorso chirurgico prende avvio quando una visita specialistica chirurgica (sia essa in regime istituzionale che in regime libero-professionale) esita in una diagnosi che necessita di intervento chirurgico.

Di seguito sono indicate le linee comportamentali ed i criteri metodologici che dovrebbero essere adottati per la gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri in elezione, ordinari e diurni, le modalità di regolazione e controllo dell'accesso al ricovero, gli ambiti ed i diversi profili di responsabilità con lo scopo di regolarizzare e controllare le modalità di accesso al ricovero e per garantire che la pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa siano governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza.

La fase pre-operatoria si articola in:

- Inserimento in lista di presa in carico del paziente;
- Inserimento in lista di attesa del paziente;
- Percorso chirurgico in setting di ricovero - Pre-ricovero del paziente;
- Ricovero del paziente.

Inserimento in “Lista di Presa in Carico” del paziente

La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è componente fondamentale per il governo del processo, pertanto è importante regolare le modalità di inserimento del paziente in Lista di Attesa **definendo di inserirvi solamente quei pazienti effettivamente pronti per la chirurgia** e introducendo, quindi, la definizione di *Lista di Presa in Carico*.

La Lista di Presa in Carico riguarda i pazienti che hanno eseguito una visita specialistica il cui esito ha fornito indicazione chirurgica, ma il paziente non è nelle immediate condizioni di operabilità. La data di inserimento in Lista di Presa in Carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della struttura che ne seguirà l'intero iter clinico-assistenziale fino all'erogazione dell'intervento o, quantomeno, al completamento dell'iter diagnostico.

Il momento della Presa in Carico pertanto non sempre coincide con il momento di inserimento in Lista di Attesa, 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 adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento o della procedura interventistica. 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).

A seguito della presa in carico del paziente si delineano due possibili percorsi:

1. **Paziente candidato all'intervento chirurgico procedura cioè con diagnosi e indicazione chirurgica “certa” al momento della visita.** In questo caso il paziente viene inserito direttamente in lista di attesa, e pertanto la data di “presa in carico” e “la data di inserimento in lista” coincidono e corrispondono alla data in cui è stata effettuata la visita specialistica.
2. **Paziente che necessita di ulteriori visite specialistiche o accertamenti diagnostici** al fine di giungere ad una puntuale indicazione chirurgica o di trattamenti adiuvanti. In questo caso il paziente viene “preso in carico” ma non inserito in lista di attesa per il periodo necessario a definirne l'idoneità all'intervento/procedura. Solo al raggiungimento di una diagnosi e indicazione chirurgica “certa” il paziente sarà inserito in lista di attesa. Questo evento identifica la cosiddetta “data di inserimento in lista”.

Le condizioni che possono determinare un ritardo nell'inserimento in lista descritto al punto due sono:

- Stadiazione/approfondimenti diagnostici;
- Eventuali trattamenti farmacologici o terapie neo-adiuvanti;
- Necessità di attesa per valutazione e/o osservazione prima dell'intervento;
- Valutazione multidisciplinare pre-intervento.

Inserimento In Lista di Attesa

La data di inserimento in Lista di Attesa (LdA) 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 definizione dell'indicazione al trattamento chirurgico. Per una corretta definizione della data di inserimento in lista di attesa è necessario raccogliere dal paziente una sua piena e consapevole disponibilità e volontà ad essere sottoposto all'intervento chirurgico che gli viene indicato dal clinico di riferimento.

Soltanto al termine dell'iter diagnostico/terapeutico e nel momento in cui è certa l'indicazione all'intervento/procedura, il paziente potrà essere inserito in LdA, con l'assegnazione della classe di priorità più appropriata (A, B, C, D).

La creazione della Lista di Presa in Carico garantisce al SSR una Lista di Attesa accurata che permetta di perseguire gli obiettivi di equità di accesso alle cure e di trasparenza.

La valutazione multidisciplinare dell'indicazione all'intervento è obbligatoria per tutta la casistica oncologica (parere del Gruppo Oncologico Multidisciplinare).

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. Il tempo di attesa sarà calcolato dalla data di iscrizione in lista fino al giorno del ricovero (data ammissione).

La proposta di ricovero è un momento fondamentale in quanto definisce la eventuale attivazione del pre-ricovero del paziente e dovrebbe attivare i PROMPTs (Perioperative Risk Optimization and Management Tool), necessari allo scopo di limitare esami e consulenze superflue, e contenere il livello di *Grading* chirurgico ed una definizione dello stato fisiologico del paziente (ASA o similari). **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 ed 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 e l'inserimento in lista di attesa del paziente. 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.

GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Di seguito sono indicate le linee comportamentali ed i criteri metodologici che devono essere adottati per la gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri in elezione, ordinari e diurni, le modalità di regolazione e controllo dell'accesso al ricovero, gli ambiti ed i diversi profili di responsabilità con lo scopo di regolarizzare e controllare le modalità di accesso al ricovero e per garantire che la

pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa siano governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza.

Considerando l'esigenza di ottemperare all'obbligo del rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni in base alle classi di priorità assegnate e disciplinate da normative nazionali e regionali è necessario puntualizzare alcuni aspetti fondamentali per la corretta gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri in elezione, ordinari e diurni.

In particolare, è doveroso ricordare a tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico dei pazienti avviati nel percorso chirurgico, i criteri metodologici che devono essere adottati relativamente a due aspetti fondamentali:

- **Corretta tempistica di inserimento del paziente in Lista di Attesa**
- **Corretta attribuzione del codice di priorità (A, B, C, D)**

Percorso di inserimento in lista di attesa

Il percorso chirurgico prende avvio quando una visita specialistica chirurgica effettuata sia in regime istituzionale che in regime libero-professionale esita in una diagnosi che necessita di intervento chirurgico.

A questo punto risulta fondamentale definire i requisiti e le **MODALITA' DI INSERIMENTO** del paziente in Lista di Attesa.

Infatti, usualmente, il paziente nel primo contatto con lo specialista nell'ambito della visita ambulatoriale, non è nelle immediate condizioni di operabilità in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e richiedere la necessità di effettuare indagini strumentali, trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti magari bisognose anche di un periodo di osservazione e valutazione prima dell'idoneità all'intervento chirurgico.

Per tali motivi, il paziente in questa fase, non è pronto all'intervento chirurgico e dovrà essere inserito in lista di attesa con attribuzione della Classe di Priorità e data di ricovero solamente nel momento in cui è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento avendo già eseguito tutti i trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici-strumentali necessari per la conferma e/o corretta definizione di diagnosi e quindi di indicazione al trattamento chirurgico.

Si ricorda che il tempo di attesa è calcolato dalla data di iscrizione in lista fino al giorno del ricovero (data di ammissione) e non può comprendere il tempo pre chirurgico volto alla definizione della diagnosi.

La piattaforma DSEO, consente l'informatizzazione del percorso descritto potendo avvalersi del campo "Lista di presa in carico" per l'erogazione della visita specialistica chirurgica ed utilizzare il link "Inserimento in lista di attesa" quando il paziente è pronto per l'intervento.

Altra azione importante riguarda l'aggiornamento periodico e sistematico delle liste di attesa e la sua corretta tenuta.

Lo specialista inoltre 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.

Attribuzione delle priorità di lista d'attesa per ricoveri programmati

Lo specialista ospedaliero è tenuto ad assegnare al paziente una classe di priorità alla luce di valutazioni cliniche (dolore, disfunzioni, disabilità) e prognostiche.

Nella tabella 1, si riportano le Classi di priorità (e relativo criterio che ne sottende l'individuazione)

per prestazioni erogate in regime di ricovero, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012.

L'attribuzione della classe di priorità è un giudizio (e un atto) clinico e, a differenza della

convocazione al ricovero, non è influenzato dalla capacità di offerta della struttura ospedaliera. Il paziente viene inserito in lista di attesa con il **Livello di priorità clinica stabilita (A, B, C, D)**.

Le classi di priorità sono quattro, distinte in base alla priorità clinica, con i relativi tempi massimi di attesa

Il livello di priorità clinica si fonda su criteri esplicitati e indicati per classe di priorità:

CLASS E	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 casidevono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Tabella 1

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso: in tal caso è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nel sistema informatizzato da parte dello specialista.

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 di priorità è da assegnare valutando:

- **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;
- **presenza di dolore e/o deficit funzionale** o altre complicanze previste;
- **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.

Risulta quindi, fondamentale la corretta attribuzione della Classe di priorità, al fine di garantire ed assicurare la giusta tempistica di cura al paziente per la patologia che ne richieda e non per altri stati morbosi che non rientrano in queste caratteristiche cliniche.

Le due azioni descritte ovvero, la corretta tempistica di inserimento in lista di attesa e l'attribuzione del codice di priorità, rappresentano quindi, componenti imprescindibili per un corretto governo del processo e per ottenere dati di monitoraggio reali sui quali poter avviare, se necessario, eventuali attività correttive e/o migliorative.

Lo **specialista** della struttura è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto nonché

responsabile dell'attribuzione della Classe di Priorità.

I Coordinatori infermieristici sono responsabili della **corretta tenuta delle liste di attesa** con periodico aggiornamento della sua composizione.

Prenotazione e comunicazione all'assistito

Le informazioni necessarie per inserire i pazienti in lista di attesa devono contenere la patologia (classificata con i codici ICD-C9-CM) che necessita di procedura chirurgica (classificata con i codici ICD- C9-CM).

Sono di seguito elencate tutte le informazioni da inserire:

+	Informazione
	Nome cognome del paziente
	Codice fiscale (STP-ENI-TEAM)
	Sesso
	Data nascita
	Numero telefonico del paziente
	Persona da informare (nome e telefono)
	Classe di priorità
	Nome <u>prescrittore</u>
	Data di prescrizione della richiesta da parte del <u>prescrittore</u>
	Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione
	Data prevista per la prestazione (prima offerta disponibile)
	Codice ICD9CM procedura - prestazione (Intervento)
	Codice ICD9CM diagnosi

La struttura deve fornire al paziente indicazioni relative a chi deve essere comunicata un'eventuale cancellazione o modifica della disponibilità prenotazione.

Scorrimento della lista d'attesa per ricoveri programmati

La lista d'attesa si compone dell'elenco dei pazienti prenotati, ciascuno dei quali occupa un record sul sistema di prenotazione.

Dal record, oltre alle informazioni anagrafiche e di contatto del paziente, devono essere evidenti la data di prenotazione, il regime di ricovero, la classe di priorità, la diagnosi e la procedura attesa.

Per scorrimento della lista si intendono le operazioni di consultazione della lista dei prenotati e la selezione dei convocandi al ricovero.

Il sistema di prenotazione deve rendere immediatamente identificabili i record dei pazienti per i quali si sta per raggiungere il tempo massimo di attesa (combinazione di classe di priorità e data di inserimento in lista) ovvero che consenta di ordinare i record in funzione della medesima variabile.

Manutenzione della lista

La convocazione si sostanzia nella individuazione della data in cui la struttura diventa disponibile al ricovero del paziente e la conseguente chiamata del paziente al ricovero.

Indipendentemente dall'operatore che prende contatto con il paziente, lo specialista ospedaliero garantisce che l'indicazione della data prevista per il ricovero (prima data utile) e, di conseguenza, la data di convocazione, derivi dalla considerazione di:

- livello di priorità clinica
- ordine cronologico di iscrizione in lista
- risorse necessarie

L'ordinamento dei pazienti in lista in base a questo score, 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), garantisce una 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.

Si propone di seguito di utilizzare la formula seguente:

$$\text{Score}_i = TdA_i \frac{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente}}{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità}}$$

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.

Ordine di chiamata dalla lista di attesa

Il tempo di attesa deve essere congruo rispetto al tempo massimo di attesa previsto per il codice di priorità assegnato. Spetta al **Direttore della U.O.** a cui afferisce la lista di attesa la responsabilità della gestione e del controllo dell'ordine di chiamata.

Pulizia periodica della lista

I Coordinatori infermieristici sono responsabili della corretta tenuta delle liste di attesa attraverso periodico aggiornamento/pulizia/manutenzione/tenuta e gestione informatizzata della lista.

Per le finalità di corretta manutenzione della lista, le Strutture devono adottare un sistema per certificare e scaricare dalla lista i record dei pazienti che hanno definitivamente manifestato il rifiuto al ricovero. In particolare, l'applicativo dovrà consentire la vista delle posizioni e la selezione dei vari stati di lista (Inserito, Ricoverato, Cancellato) con le relative date di ricovero e cancellazione, se presenti.

L'eliminazione dalla lista del paziente ricoverato o che non intende ricoverarsi, deve riguardare esclusivamente la gestione in linea della lista d'attesa.

La lista di attesa va verificata ad intervalli regolari (almeno **semestrale**), 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 almeno mensili, 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 nell'agenda di prenotazione e comunicate 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 non può più essere eseguito;
- il paziente viene cancellato.

Cancellazione dalla lista di attesa

La cancellazione avviene nei seguenti casi:

- rinuncia all'intervento chirurgico da parte del paziente;
- trasferimento ad altra lista di attesa;
- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati (vanno documentati nel sistema);
- intervento effettuato in urgenza;
- decesso del paziente.

La motivazione deve essere sempre tracciata nel registro prenotazioni e comunicata al paziente in caso di sua rinuncia o irreperibilità.

Percorso chirurgico in setting di ricovero - pre-ricovero

In un'ottica di ottimizzazione del percorso, riduzione del disagio e umanizzazione delle cure, è auspicabile una presa in carico personalizzata del paziente per pianificare l'iter previsto per l'inquadramento diagnostico in funzione dell'intervento chirurgico proposto.

Il percorso di pre-ricovero è attivato per definire il rischio peri-operatorio e dichiarare il paziente ricoverabile/operabile; permette ai professionisti, responsabili di questo momento, di valutare l'idoneità chirurgica ed eventualmente approfondire lo studio del paziente al fine di identificare il setting di cura idoneo e fornire al paziente i relativi supporti informativi, tra cui, attraverso apposite procedure, la somministrazione e/o restituzione del consenso informato al paziente.

La chiamata del paziente per il pre-ricovero è effettuata, in base a criteri di trasparenza ed equità, dal Coordinatore Infermieristico del reparto chirurgico o suo delegato di percorso pre-operatorio. Perseguendo l'obiettivo di umanizzazione delle cure, la fase di pre-ricovero è auspicabile che venga eseguita con il minor numero di accessi del paziente alla struttura sanitaria, in proporzione- riferimento alla complessità ed alle necessità del paziente. La fase di pre-ricovero raggruppa le attività necessarie a rendere il paziente pronto per la sala operatoria. Viene avviato mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero sulla base del periodo previsto per il ricovero.

Gli obiettivi principali della fase pre-ricovero sono:

- valutare le condizioni generali del paziente e gli interventi clinico organizzativi da attivare nella fase di attesa;
- rilevare eventuali condizioni non diagnosticate che potrebbero determinare un problema intra o peri-operatorio;
- determinare il rischio peri-operatorio (chirurgico ed anestesiológico);
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio peri-operatorio;
- definire, in accordo con il paziente, la strategia di gestione peri-operatoria 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 alle caratteristiche dell'intervento, dell'anestesia ed alle fasi successive durante il ricovero, per facilitare una piena comprensione e conoscenza dell'intero percorso di cura, fino alle condizioni post-dimissione;
- 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 per la migliore 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 pre-operatorie 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.

Il Gruppo di Programmazione deve provvedere alla programmazione chirurgica con un congruo anticipo, prevedendo di declinare tempi di programmazione certi e coerenti per le attività del pre-ricovero, nonché un'adeguata organizzazione.

RACCOMANDAZIONI AI COORDINATORI INFERMIERISTICI E DIRETTORI UU.OO.

Ai Coordinatori Infermieristici si raccomandano le seguenti azioni:

- trasmettere la lista completa dei pazienti programmati all'ambulatorio pre-chirurgico la mattina del giorno precedente la data prevista di accesso al percorso pre-chirurgico;
- fornire al paziente esaustiva informazione:
 - sul percorso organizzativo pre-chirurgico (orario di inizio e fine percorso e gli esami che saranno effettuati)
 - sulla possibilità di assumere terapia farmacologica in particolare quella antipertensiva nonostante la richiesta di digiuno (su indicazione del medico);

sull'invitare il paziente a recarsi alla data dell'appuntamento con informazioni riguardo la terapia farmacologica effettuata a domicilio e tutta la documentazione

- clinica e/o e diagnostica utile per la valutazione specialista medica ed anestesiologicala
- sull'invitare il paziente ad avvisare l'UO qualora per motivi vari non potrà presentarsi alla data indicata.

Ai Direttori e Dirigenti delle UO dell'Area Chirurgica si raccomanda che:

- la fase di pre-ricovero non ha finalità di tipo diagnostico rispetto alla necessità di 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 ricovero

Confermata la lista operatoria settimanale e giornaliera, i pazienti se non già ricoverati, vengono ricoverati nel setting assistenziale idoneo per il trattamento da eseguire nel rispetto delle regole previste.

È importante che ogni U.O., per le attività di ricovero chirurgico programmato, correli gli spazi operatori con le necessità di posti letto ordinari, diurni o tecnici in relazione alla tipologia di trattamento chirurgico da eseguire e stimi anche l'occupazione media per i ricoveri ordinari al fine di un corretto utilizzo di spazi assistenziali e spazi operatori.

È evidente che, nel caso in cui le U.O. chirurgiche garantiscono anche le urgenze-emergenze chirurgiche, la dotazione di posti letto ordinari deve prevedere una quota di posti letto, anche sulla base di dati storici, da riservare alle urgenze/emergenze di accesso dal PS. Tale numerosità dovrebbe essere determinata nei Piani di Sovraffollamento dei PS.

Le Aziende devono provvedere alla gestione posti letto centralizzata nella funzione del **Bed Manager** con supporto della Direzione Medica.

La fase pre-operatoria si conclude con l'accesso in sala operatoria.

Indicatori fase pre-operatoria

L'obiettivo è il monitoraggio della fase pre-operatoria attraverso un sistema di rilevazione tale da garantire che le dinamiche della Lista di Attesa, e la conseguente pianificazione dei ricoveri, siano governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

Tabella 1 indicatori della fase pre-operatoria

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M1	CONSISTENZA LISTA DI ATTESA	$LdA = \sum pz_in_LdA$	Numerosità dei pazienti in lista di attesa, stratificati per: -Classe di priorità, -Regime, -Unità operativa.	Permette di conoscere il numero di cittadini in attesa di essere trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Regionale e di fare valutazioni nell'ottica della programmazione chirurgica.
M2	TEMPO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA'	$TdA = T3 - T1$	Tempi di attesa stratificati per: -Classe di priorità, -Regime, -Unità operativa. Si ottiene dalla differenza tra la data del ricovero e la data di inserimento in Lista di attesa. È espresso in giorni.	Permette di conoscere il tempo prima che il paziente venga ricoverato per il trattamento chirurgico. È il tempo di attesa del singolo paziente.
M3	NUMERO DI PAZIENTI OLTRE SOGLIA	$OS = \sum pz_TdA > CP$	Numero di pazienti ricoverati con tempo di attesa maggiore del tempo di attesa previsto dalla classe di priorità; stratificati per: -Regime di ricovero, -Unità operativa.	Permette di conoscere il numero di cittadini trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale dopo aver superato il tempo di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata.
M4	TEMPO DI PREPARAZIONE	$TP = Data_LdA - Data_PIC$	Tempo intercorso tra la data di inserimento in PIC (Presa in Carico) e la data di inserimento in Lista di attesa, stratificato per classe di priorità. È espresso in giorni.	Descrive quanto tempo i pazienti impiegano ad essere pronti per l'intervento chirurgico.
M5	UTILIZZO DEL PRE-RICOVERO	$U_{PreRic} = \frac{\sum pz_{operatiPreRic}}{\sum pz_{operati}}$	Numero di pazienti operati che hanno usufruito del pre-ricovero rispetto al numero totale di pazienti operati.	Permette di valutare l'utilizzo del pre-ricovero, ovvero per quanti pazienti è stata verificata l'idoneità a sostenere un intervento chirurgico programmato.
M6	TEMPO DI IDONEITA'	$TI = T3 - T2$	Si ottiene dalla differenza tra la data di ricovero e la data in cui è stato eseguito il pre-ricovero. È espresso in giorni.	Permette di valutare l'efficienza organizzativa delle attività propedeutiche e di preparazione all'intervento chirurgico.
M7	TEMPO PER LA CHIAMATA AL PRE-RICOVERO	$T_{PreRic} = T2 - T1$	Tempo intercorso tra l'inserimento in Lista d'attesa e l'esecuzione del pre-ricovero. È espresso in giorni.	Permette di verificare se il pre-ricovero viene svolto in tempo utile dopo l'inserimento in Lista d'attesa per garantire il rispetto della classe di priorità.
M8	TEMPO DI DEGENZA PRE-OPERATORIA	$TPO = T4 - T3$	È il tempo tra la data del ricovero e la fase intraoperatoria, espresso in giorni.	È fortemente connessa all'utilizzo del pre-ricovero.

3.2 Fase intra-operatoria

La fase intraoperatoria riguarda la gestione delle attività eseguite per il paziente dal momento in cui accede fino quando esce dal Blocco Operatorio. Il giorno dell'intervento chirurgico, l'organizzazione pone in essere tutte le attività pianificate connesse al percorso chirurgico, garantendo il rispetto delle procedure di sicurezza previste all'interno della struttura sanitaria, in ottemperanza al Manuale di sicurezza del paziente in Sala Operatoria, che accede ed esce dal Blocco Operatorio secondo le modalità previste in ciascun Regolamento dei Blocchi Operatori.

Il percorso del paziente chirurgico può essere definito come un processo costituito da quell'insieme di attività che assumendo valore per il paziente, vanno coordinate e ottimizzate ed ha come risultato finale atteso la risoluzione del problema chirurgico.

In quest'ottica diviene essenziale definire e condividere un percorso chirurgico standardizzato all'interno del blocco operatorio, in grado di migliorare l'efficienza di utilizzo delle risorse, ridurre la variabilità e contribuire quindi a fornire assistenza ad un numero maggiore di pazienti, garantendo equità di accesso alle cure.

Si tratta di programmare, gestire e controllare le aree produttive (sala induzione, sala operatoria, recovery room) attraversate dal paziente lungo il suo percorso di cura.

Storicamente il concetto di efficienza delle sale operatorie è stato travisato, credendo che un elevato utilizzo delle sale operatorie fosse in ogni caso sinonimo di efficienza. Ciò è riduttivo, perché l'utilizzo della sala operatoria riflette solo la quantità di tempo in cui un paziente si trova in sala durante una sessione pianificata; mentre si devono considerare anche altri parametri come ad esempio la produttività, l'efficienza e la complessità delle prestazioni chirurgiche di un ospedale, nonché tutte le attività ad esso correlate.

Il percorso intra-operatorio inizia con la chiamata del paziente ed il suo trasporto in Blocco Operatorio e si conclude con l'uscita dal Blocco Operatorio per il ritorno in Reparto di Degenza o per il suo ricovero in Aree ad alta intensità (Terapia Intensiva).

All'interno di questa fase è situato l'atto chirurgico, quale evento principale dell'intero percorso, in cui la corretta pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività consente di massimizzare la sicurezza del paziente e dei professionisti sanitari anche attraverso il corretto utilizzo di strumenti di controllo posti lungo il processo (checklist di sala operatoria).

Figura 4 Il Percorso chirurgico nel blocco operatorio



Legenda:

Tempi obbligatori

Tempi consigliati

Tempi facoltativi

Mappatura del Percorso intra-operatorio

Il miglioramento di un processo nasce attraverso la sua misurazione, ovvero l'individuazione di una serie di tempi (definiti eventi dal presente documento), in grado di descrivere il flusso delle attività eseguite sul paziente e che alla fine ne permette la conoscenza oggettiva e lo sviluppo di indicatori che possano descrivere l'adeguata fluire delle attività del processo, l'efficacia e l'efficienza della cura chirurgica.

La definizione degli eventi/tempi che debbono essere rilevati per la corretta e completa descrizione del percorso chirurgico all'interno del Blocco Operatorio, nasce da quelli che sono orari definiti obbligatori a livello normativo a cui sono stati aggiunte le rilevazioni necessarie a descrivere il percorso del paziente in termini logistici (eventuale utilizzo di aree dedicate all'induzione oppure Recovery Room), e di aree di attività eseguite sul paziente, in funzione delle evidenze della letteratura scientifica di riferimento.

All'interno della Tabella 2 sono riportate le informazioni necessarie definite eventi (tempi) standard per descrivere il percorso chirurgico standard. Di seguito la definizione di evento:

- Evento: orario in cui si rileva un'azione puntuale.

La Tabella 2 descrive gli eventi necessari alla completa descrizione del percorso chirurgico del paziente declinando al suo interno:

- nome dell'evento da rilevare;
- acronimo utilizzato in Tabella 3 per il calcolo degli indicatori;
- grado di obbligatorietà proposto ai fini della registrazione;
- definizione dell'evento;
- tipologia dell'evento: descrive se l'evento registrato ha valenza informativa di tipo logistico, connessa al Rischio Clinico oppure Clinica;
- responsabile suggerito per la rilevazione dell'evento.

Gli eventi descritti sono 15 e non debbono essere raccolti tutti obbligatoriamente; la loro registrazione dipende dalla tipologia di percorso.

Tabella 2. I quindici eventi fondamentali del percorso chirurgico

EVENTIDA RILEVARE	ACRONIMO	GRADO OBBLIGATORIETÀ	DEFINIZIONEDELLA MISURA	TIPOLOGIA	RESPONSABILE SUGGERITO
USCITA DAL REPARTO	Out R	Consigliato	Quando l'operatore di trasporto prende in carico il paziente.	Logistica/ rischio clinico	Operatore di trasporto o infermiere di Reparto
PAZIENTE DISPONIBILE AL FILTRO	In F	Consigliato	Ingresso del paziente al filtro e verifica della sua identità.	Logistica/ rischio clinico	Operatore del filtro
INGRESSO AL BLOCCO OPERATORIO	In ORB	Obbligatorio	Quando l'infermiere di blocco operatorio prende in carico il paziente.	Logistica/ rischio clinico	Infermiere
INGRESSO IN SALA DI INDUZIONE	In SI	Facoltativo	Ingresso del paziente in sala di induzione.	Logistica	Infermiere
INIZIO INDUZIONE ANESTESIA	St Anest	Obbligatorio	Momento in cui viene iniettato l'anestetico per l'anestesia generale o iniezione nella pelle per anestesia regionale.	Clinica	Infermiere/ anestesista

PAZIENTE POSIZIONATO E PRONTO	Pz Pr	Consigliato	Paziente pronto per la chirurgia, terminata la fase anestesiológica e del posizionamento	Clinica	Infermiere/a nestesista
INGRESSO IN SALA OPERATORIA	In SO	Obbligatorio	Ingresso del paziente in SO.	Logistica	Infermiere
INIZIO PROCEDURA CHIRURGICA	St Ch	Obbligatorio	Inizio incisione	Clinica	Infermiere
FINE PROCEDURA	End Ch	Obbligatorio	Ultimo punto di sutura	Clinica	Infermiere
USCITA DALLA SALA OPERATORIA	Out SO	Obbligatorio	Uscita del paziente dalla SO	Logistica	Infermiere
INGRESSO IN RECOVERY ROOM	In RR	Consigliato	Ingresso dei pazienti in recovery room.	Logistica	Infermiere di RR
USCITA DALLA RECOVERY ROOM	Out RR	Facoltativo	Uscita del paziente dalla recovery room.	Logistica	Infermiere di RR
INGRESSO IN TERAPIA INTENSIVA	In UTI	Consigliato	Ingresso del paziente in terapia intensiva.	Logistica	Infermiere di UTI
USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO	Out Orb	Obbligatorio	Uscita del paziente dal blocco operatorio	Logistica	Operatore di trasporto
RITORNO IN REPARTO	In R	Facoltativo	Quando l'infermiera di reparto riprende in carico il paziente.	Logistica	Infermiere di Reparto

È ottimale una registrazione, nel Sistema informativo preposto, puntuale, tempestiva e contestuale dei tempi, individuando il professionista presente in sala operatoria alla registrazione dei tempi. Tale inserimento può avvenire, o attraverso inserimento manuale in applicativo mobile presente in S.O., o attraverso dispositivo *touch* presente in sala operatoria (questa soluzione è garante della tempestiva e contestuale registrazione dell'evento). Come primo obiettivo tutte le strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate devono registrare i **tempi obbligatori**.

Tale obiettivo deve essere a regime entro 6 mesi dall'adozione del presente atto.

Gli obiettivi successivi sono la registrazione dei **tempi consigliati** entro 9 mesi. La registrazione dei

tempi facoltativi viene lasciata alla discrezionalità organizzativa dei regolamenti aziendali.

Indicatori fase intra-operatoria

La tabella 3 riporta la descrizione degli indicatori standard per la misurazione dell'efficienza organizzativa della fase intra-operatoria, estratti dalla letteratura scientifica di riferimento.

Definizioni:

- **Intervallo:** differenza fra due eventi che descrivono un'attività oppure un tempo di attesa;
- **Indicatore:** descrive l'andamento di un fenomeno. Gli indicatori sono variabili altamente informativi e utili a fornire una valutazione sintetica circa il raggiungimento o il mantenimento nel tempo di un determinato obiettivo prefissato. Possono fornire

sia valutazioni istantanee che andamenti nel tempo e nello spazio.

- **Tempo di sala operatoria:** indicato in tabella 3 come tSO, rappresenta il numero di ore di sala operatoria disponibili all'uso, ovvero con equipe presente, assegnate ad una specifica Unità Operativa oppure a programmi di specifica complessità.

Il monitoraggio di un processo è necessario per mantenere il sistema sostenibile, evitare sprechi e ottimizzare l'efficienza dei processi e per una conoscenza oggettiva delle attività svolte.

Tabella 3 Indicatori del percorso chirurgico intra-operatoria

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M9	RAW UTILIZATION	$RU = \frac{\sum OutSO - InSO}{tSO}$	Rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale di ore di SO assegnate, espresso in percentuale.	Indica per quanto tempo di SO assegnato, la SO è occupata da pazienti e quindi impegnata in attività core. Rappresenta la saturazione delle sedute pianificate.
M10	START-TIMETARDINESS	$STT = St\ Ch - Inizio\ Progr$	Differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti.	Indica il ritardo di inizio del primo intervento chirurgico della giornata rispetto a quanto era stato programmato.
M11	OVER-TIME	$OT = Out\ SO - Fine\ SLOT$	Differenza tra uscita dalla SO dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti (Out SO > Fine SLOT)	Indica l'intervallo di tempo supplementare durante il quale la SO resta occupata dall'ultimo paziente della giornata rispetto a quanto era stato pianificato.
M12	UNDER UTILIZATION	$UU = Fine\ Slot - Out\ S$	Differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e il momento effettivo di uscita dalla SO, espressa in minuti. (Fine SLOT > Out SO)	Indica l'intervallo di tempo durante il quale la SO non viene utilizzata a pieno regime, perché l'ultimo paziente è uscito prima rispetto a quanto era stato programmato.
M13	TURNOVER TIME	$TT = In\ SO_{pz2} - Out\ SO_{pz1}$	Differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla SO del paziente precedente, espressa in minuti	Indica l'intervallo di tempo di ripristino della SO tra un paziente ed il successivo, da intendersi come la somma del tempo di pulizia (cleanup) e di preparazione della SO (setup)
M14	TEMPO MEDIO CHIRURGICO	$T_{chir} = End\ Ch - St\ Ch$	Differenza tra gli eventi "fine procedura chirurgica" e "inizio procedura chirurgica", espressa in minuti.	Indica la durata media dell'intervento chirurgico.
M15	TEMPO MEDIO ANESTESIOLOGICO	$T_{anest} = Pz\ Pr - St\ Anest$	Differenza tra gli eventi "paziente posizionato e pronto" e "inizio induzione anestesia", espressa in minuti.	Indica l'intervallo di tempo medio di preparazione del paziente all'intervento chirurgico.
M16	NUMERO DI INTERVENTI PER SLOT	$N = \frac{n\ interventi}{n\ SLOT}$	Numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo sala assegnata in fase di programmazione), espresso come media.	Indica la densità di interventi chirurgici in una SO.
M17	TOUCH TIME	$T_{anest} = Out\ SO - St\ Anest$	Differenza tra il momento in cui il paziente esce dalla SO e l'inizio delle attività di induzione dell'anestesia.	Tempo di contatto, a valore per il paziente elaborato come proxy in funzione della disponibilità dei dati.

Tabella 3 Indicatori del percorso chirurgico intra-operatoria

M18	TASSO DI CASI CANCELLATI	$CC = \frac{n \text{ interventi canc}}{n \text{ interventiprog}}$	Rapporto tra il numero di interventi cancellati e il numero di interventi programmati, espresso in percentuale.	Indica quanto è accurata e verosimile la pianificazione chirurgica. Indica la variabilità della programmazione giornaliera.
M19	PERCENTUALE DI PAZIENTI INVIATI IN RECOVERY ROOM	$RR = \frac{n \text{ pz in RR}}{n \text{ pz operati}}$	Rapporto tra il numero di pazienti inviati in Recovery Room e il totale dei pazienti operati espresso in percentuale.	Indica il numero di pazienti inviati in Recovery Room permettendo di avere uno storico su cui programmare.
M20	PERCENTUALE DI PAZIENTI INVIATI IN TERAPIA INTENSIVA	$UTI = \frac{n \text{ pz in UTI}}{n \text{ pz operati}}$	Rapporto tra il numero di pazienti inviati in UTI e il totale dei pazienti operati, espresso in percentuale.	Indica il numero di pazienti inviati in UTI permettendo di avere uno storico su cui programmare.
M21	TASSO DI UTILIZZO PROGRAMMATO	$UP = \frac{t \text{ programmato}}{tSO}$	Rapporto tra il tempo di SO programmato dal chirurgo in nota operatoria e il totale di ore di SO assegnate, espresso in percentuale.	Indica quanto è accurata e verosimile la pianificazione chirurgica giornaliera in via preventiva.
M22	TURNOVER TIME PROLUNGATI	$TTP = \frac{n \text{ TT} > 60 \text{ min}}{nTT}$	Rapporto tra il numero di turnover time superiori a 60 minuti e il numero totale di turnover time, espresso in percentuale.	Definisce un cut-off per i turnover time più lunghi e li quantifica identificando eventuali o ulteriori criticità.
M23	RAW UTILIZATION PER LA SO DI URGENZA	$RU_u = \frac{\sum OutSO_u - InSO_u}{tSO_u}$	Relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala e il totale di ore di SO assegnate espresso in percentuale.	Indica per quanto tempo i pazienti sono in SO, all'interno di una sessione pianificata in SO di urgenza.
M24	NUMERO DI CASI IN URGENZA IN SESSIONE ELETTIVA	$UinE = \frac{n \text{ elettive urgenza}}{n \text{ elettive}}$	Rapporto tra il numero di sessioni elettive occupate da casi di urgenza e il numero totale di sessioni elettive, espresso in percentuale.	Indica quanto spazio hanno le urgenze all'interno di una programmazione ordinaria.
M25	FUORI SESSIONE	$FS = \frac{\text{minutit lavrep}_U}{\text{minutit lavtot}_U}$	Relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra i minuti di lavoro in regime di pronta disponibilità e il totale dei minuti di lavoro, espresso in percentuale.	Indica quant'è la mole di lavoro in regime di pronta disponibilità per chi lavora in SO urgenza.
M26	VALUE ADDED TIME	$VAT = \frac{End \text{ Ch} - St \text{ Ch}}{OutSO - InSO}$	Rapporto percentuale tra il tempo medio chirurgico (indicatore M14) e il tempo medio di permanenza del paziente nella SO. Esprime la percentuale di tempo a valore aggiunto sul totale tempo di attraversamento del paziente.	Consente di misurare ogni miglioramento introdotto a seguito dell'individuazione e la soluzione degli sprechi, oltre al monitoraggio delle performance delle SO.

3.3 Fase post-operatoria

Questa fase include le attività necessarie a rendere il paziente dimissibile dalla struttura sanitaria. Nella fase post-operatoria è possibile identificare **due sottogruppi di attività**: il primo include quelle eseguite **in regime di ricovero** mentre il secondo le azioni da eseguire **in regime ambulatoriale**.

La fase post-operatoria prevede il controllo e il monitoraggio delle condizioni del paziente sottoposto a intervento chirurgico e la gestione degli eventi avversi.

Evidentemente, un elemento rilevante è rappresentato dal regime di ricovero: nel caso di attività ambulatoriale oppure di day surgery, la fase post-operatoria dovrà garantire, oltre ad un'attenta

valutazione del paziente in fase di dimissione, la gestione di tutti gli aspetti di carattere organizzativo volti a garantire la continuità dell'assistenza; nel caso invece di interventi per cui sia appropriato il ricovero in regime ordinario, diventa preponderante in questa fase la necessità di una presa in carico multidisciplinare delle problematiche cliniche del paziente.

In questo contesto è indicato raccordarsi con la funzione di analisi e programmazione delle diverse possibilità di uscita del paziente dalla struttura per acuti, quale funzione di programmazione delle dimissioni; è infatti possibile una standardizzazione dei diversi percorsi individuabili per i pazienti in dimissione, relativamente alla necessità o meno di attivare programmi riabilitativi o di assistenza e aiuto diretto alla persona, attraverso la predisposizione di attività al domicilio erogabili dai servizi territoriali.

La programmazione precoce delle dimissioni permette di organizzare il percorso di uscita del paziente dalla struttura pianificando l'efficiente utilizzo delle risorse impegnate; in particolare, tale aspetto diviene fondamentale all'aumentare della complessità del caso in dimissione.

Questo consente un efficientamento nell'utilizzo di strutture intermedie, quali i posti letto di riabilitazione per acuti, individuando e attivando percorsi specifici per quei pazienti che necessitano di livelli meno intensivi di assistenza.

Al termine dell'intervento chirurgico il paziente, viene trasferito nel setting assistenziale appropriato anche in maniera condivisa tra il medico anestesista e il chirurgo che ha effettuato l'intervento.

- **Stazionamento temporaneo in Sala operatoria (area di risveglio).**
- **Ricovero in Recovery Room.**
- **Invio nel reparto di Terapia Intensiva post-operatoria (TIPO).**
- **Invio nella Struttura di degenza.**

Stazionamento temporaneo in Sala operatoria (area di risveglio)

Il mantenimento del paziente in area di risveglio per un breve periodo all'interno della quale medici e infermieri esercitano, normalmente, le **funzioni di assistenza post-operatoria**, quali il monitoraggio dei parametri e delle funzionalità vitali, la somministrazione dei farmaci e della terapia infusione, valutazione e controllo del dolore post-operatorio, la sorveglianza dello stato di coscienza e la valutazione clinica globale del paziente neo- operato al fine poi di decidere l'iter successivo.

Recovery Room

La Recovery Room è un'area dedicata al ripristino della stabilità dei parametri vitali, dello stato di coscienza, ma anche della attività motoria e della sensibilità, estendendo, così, la sua funzione anche al controllo postoperatorio degli interventi condotti con tecniche di anestesia loco-regionali.

Logisticamente inserita nell'ambito del Blocco Operatorio, o nelle immediate vicinanze dello stesso, e deve essere dotata di personale qualificato e di attrezzature idonee al monitoraggio ed al trattamento post-operatorio dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico o a trattamento diagnostico invasivo.

In termini organizzativi la disponibilità di Aree di Recupero Post-Anestesilogico (Post-Anestesia Care Unit-PACU e Recovery Room - RR) funge da filtro tra il Blocco Operatorio ed i reparti di degenza, evitando anche il ricorso alla Terapia Intensiva (TI), quando non previsto e giustificato, solo per breve tempo, evitando in questo modo di utilizzare in modo improprio la TI, incrementando la sicurezza ed il monitoraggio del paziente quando clinicamente opportuno, con un conseguente aumento della capacità di programmazione di interventi complessi codificati dalla necessità di TI.

Allo stato attuale i blocchi operatori dell'AST MACERATA non dispongono di Recovery Room.

Terapia Intensiva Postoperatoria

La Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO) fornisce l'adeguato e necessario supporto intensivo per garantire al paziente un pieno recupero in sicurezza, anche a seguito di complessi e prolungati interventi chirurgici in caso di importante fragilità organica, o in presenza di patologie condizionanti la presenza o il rischio di sviluppare una o più insufficienze d'organo. In questo ambito è possibile fornire supporti meccanici e farmacologici ed adeguati livelli di monitoraggio e intensità di cura per periodi di tempo maggiori che nella PACU/RR, per prevenire il consolidarsi di condizioni di criticità, favorire un recupero in piena sicurezza dall'intervento e impostare le prime fasi della riabilitazione.

La TIPO ha quindi un forte impatto sulla programmazione del percorso peri-operatorio dei pazienti critici o ad elevato rischio di criticità ed è in grado di intervenire con differenti livelli di intensità, a seconda dei bisogni dei pazienti.

I requisiti che devono essere rispettati per la predisposizione della TIPO sono:

- strutturali, tra cui la presenza di un accesso almeno funzionale al Blocco Operatorio;
- tecnologici, inerenti all'esecuzione di cure "tecnologiche" ed "intensive";
- organizzativi, definizione di percorsi, processi e procedure.

In termini organizzativi si sottolinea l'importanza del processo di lavoro all'interno della TIPO che prevede Ammissione, Cura e Dimissione. Ognuna di queste fasi richiede programmazione delle attività, al fine di consentire la massima sicurezza per i pazienti ed il corretto supporto organizzativo al governo del percorso del paziente chirurgico programmato.

La TIPO deve essere inserita nel percorso del paziente chirurgico in maniera efficace, efficiente ed appropriata e per farlo è necessario prendere in esame i seguenti aspetti:

- nella valutazione preoperatoria del paziente deve essere chiaramente segnalata l'indicazione al ricovero in TIPO, secondo i criteri clinici suggeriti dalla letteratura e secondo le procedure ospedaliere. Tale segnalazione deve pervenire agli attori e servizi coinvolti;
- la programmazione deve considerare la disponibilità di un posto letto in TIPO, correlandola alle esigenze chirurgiche, per poter coordinare la data ottimale dell'intervento;
- Il trasporto del paziente dal BO alla TIPO deve essere effettuato in piena sicurezza e le consegne dettagliate sul decorso intra-operatorio devono essere fornite al personale della TIPO;
- l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale in TIPO trova ausilio in procedure dedicate a definire i livelli di gravità del paziente e di complessità delle cure necessarie (PDTA, Linee Guida e Raccomandazioni), ad identificare precocemente le variazioni repentine delle condizioni cliniche (score dedicati), a definire i gradi di intervento necessari (PDTA), a condividere fra gli operatori le cure e le strategie programmate (consegne comuni, checklist, briefing quotidiano);
- la TIPO deve sviluppare un buon livello di previsione della durata delle degenze, per poter interagire con la programmazione chirurgica ordinaria;
- deve possedere un adeguato grado di flessibilità, per garantire anche i ricoveri urgenti non programmati.

La Terapia Intensiva fornisce l'adeguato e necessario supporto intensivo per garantire al paziente un pieno recupero in sicurezza, anche a seguito di complessi e prolungati interventi chirurgici in caso di importante fragilità organica, o in presenza di patologie condizionanti la presenza o il rischio di sviluppare una o più insufficienze d'organo.

Il trasferimento in Terapia Intensiva dal blocco operatorio avviene nei casi in cui le condizioni cliniche lo indicano e può essere prevista fin dalla programmazione o rivelarsi necessaria a

conclusione dell'intervento chirurgico.

Strutture di degenza

Il paziente viene trasferito nelle strutture di degenza o direttamente o dopo passaggio in recovery room se presente. La degenza post-operatoria coincide con quella di ricovero e si distinguono 3 setting specifici:

- **Degenza ordinaria;**
- **Day/Week Surgery;**
- **Posti letto tecnici.**

Indicatori fase post-operatoria

Indicatori dedicati al monitoraggio della fase post-operatoria attraverso un sistema di ri(evasione) tale da garantire l'identificazione di fattori connessi al governo del percorso del paziente chirurgico programmato.

Tabella 4 Indicatori fase post-operatoria

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M27	TASSO DI REINGRESSI IN SALA OPERATORIA	$R = \frac{N_{pzrientrati in SO}}{N_{interventi effettuati}}$	Rapporto tra i reingressi in SO non programmati avvenuti per motivi clinici connessi al primo intervento e il numero di interventi totali effettuati. Può essere valutato dopo 7,15 o >30 giorni dall'intervento chirurgico. È espresso in percentuale.	Dà un'indicazione sul numero di complicanze post-chirurgiche maggiori, che causano un re- intervento chirurgico.
M28	TASSO DI CONVERSIONE DA REGIME DI DAY SURGERY A RICOVERO ORDINARIO	$C = \frac{n_{conversioni DS in ORD}}{n_{interventi effettuati}}$	Rapporto tra il numero di pazienti ricoverati in regime di Day Surgery poi convertiti in regime di ricovero ordinario e il totale degli interventi eseguiti in regime di Day Surgery. È espresso in percentuale.	È informativo per quanto riguarda il tasso di complicanze cliniche organizzative responsabili di un cambiamento di setting assistenziale.
M29	TEMPO DI DEGENZA POST-OPERATORIA	$T_{degPO} = T_6 - T_5$	Differenza tra la data di dimissione e la data di esecuzione dell'intervento chirurgico.	Dà informazioni su complicanze, appropriatezza e corretta valutazione pre-operatoria
M30	RIAMMESSI IN RR/TIPO ENTRO 24H	$R_{in} = \frac{npzrientrati in RR/TIPO}{n_{interventi totali}}$	Rapporto tra il numero di pazienti rientrati in RR o TIPO entro 24 ore ed il numero totale di accessi. Questo indicatore può essere calcolato per la RR e per la TIPO.	Dà informazioni sull'efficacia e sicurezza della gestione post-operatoria.
M31	PAZIENTI RICOVERATI IN RR/TIPO NONPREVISTI	$R_{in} = \frac{npz in RR/TIPO non previsti}{n_{interventi totale}}$	Rapporto tra il numero di pazienti programmati ammessi in RR o TIPO non previsti e il numero totale di interventi eseguiti.	Dà informazioni sull'efficacia ed efficienza del processo di stratificazione del rischio.
M32	PAZIENTE IN TIPO DA PACU-RR	$RR_{TIPO} = \frac{N_{pz da RR - PACU a TIPO}}{N_{totali accessi in RR}}$	Rapporto tra il numero di pazienti trasferiti in TIPO da PACU-RR rispetto al numero totale di pazienti con accessi a RR.	Dà informazioni sull'efficienza e efficacia della gestione del paziente in RR-PACU

4. Audit e Accreditamento

A livello internazionale in ambito chirurgico si sono sviluppati sistemi di credenziali che fanno riferimento in particolare al livello di competenza dell'operatore (es. casistica); si ritiene che debbano essere sviluppati sistemi in grado di monitorare skills e competenze dell'intera equipe ed in particolare, per le patologie per le quali esistono significative evidenze di efficacia del modello "unit" es. in senologia, i sistemi devono includere tutti i gruppi professionali coinvolti.

Sia a livello internazionale che in diversi sistemi di accreditamento sviluppati dalle Regioni, si fa riferimento a sistemi di governo delle clinical competence che richiedono di documentare, oltre alle competenze "tecniche", anche conoscenze in ambito organizzativo (operations) e relazionale. Tali sistemi prevedono, sia la valutazione della casistica che la partecipazione ad audit o altre metodologie di formazione sul campo.

I percorsi formativi che dovranno essere sviluppati dovranno garantire il confronto tra le differenti strutture, al fine di contribuire alla crescita delle professionalità coinvolte all'interno del percorso chirurgico del paziente programmato in modo omogeneo in tutte le diverse sedi ospedaliere ed in tutti i blocchi operatori dell'AST MACERATA..

5. Sistema informativo e monitoraggio

Le Aziende devono dotarsi di un sistema informativo in grado di monitorare:

- Gli indicatori della fase pre-operatoria da M1 a M8 (tabella 1);
- I 15 Eventi intraoperatori (tabella 2);
- Gli indicatori della fase intraoperatoria da M9 a M26 (tabella 3);
- Gli indicatori della fase post-operatoria da M27 a M32 (tabella 4).

L'obiettivo è il monitoraggio dell'efficienza di sala operatoria al fine di garantire l'individuazione di eventuali aree di miglioramento per sviluppare soluzioni organizzative che permettano di garantire che la pianificazione dei ricoveri, eseguita in funzione delle Liste di Attesa, sia governata secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

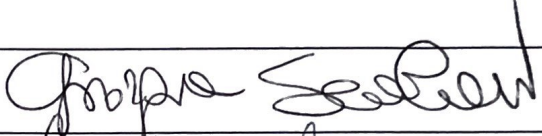
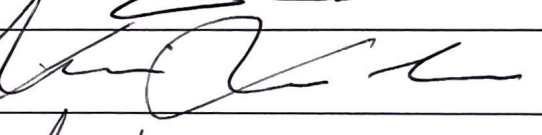
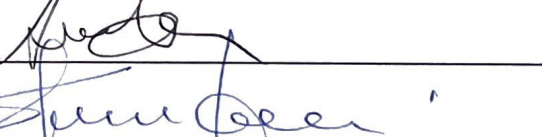
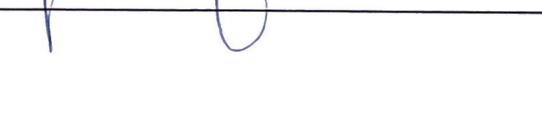
Il report di monitoraggio di utilizzo della sala operatoria si alimenta dal registro operatorio tramite l'inserimento dei tempi di intervento in sala operatoria per ogni singolo intervento e devono essere prodotti report mensili con i quali confrontarsi con il Gruppo Operativo, con le U.O., con i Dipartimenti Chirurgici, con il RUA e il Gruppo Strategico.

Trimestralmente devono essere monitorati anche gli indicatori delle 3 fasi del percorso peri-chirurgico.

Il Servizio Informativo aziendale deve procedere alla mappatura dell'attuale contesto di rilevazione dei tempi intraoperatori e degli indicatori da parte dei blocchi operatori dell'AST Macerata per programmare il progressivo raggiungimento degli obiettivi.

**“Linee di indirizzo per il governo del percorso
del paziente chirurgico programmato in
AST MACERATA”**

Gruppo di Lavoro:

D.ssa SCALONI GIORGIA	
D.ssa MOSCA NADIA	
Dr. ELISEI DANIELE	
Dr. MASSARI MASSIMILIANO	
Dr. ANTOGNINI PAOLO	
D.ssa LAICI STEFANIA	