

Regione Umbria

Giunta Regionale

Direzione regionale Salute e Welfare

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI
PER IL REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA**

Rev. 10 del 27.12.2023



INDICE

1. PREMESSA	3
1.1. Il contesto delle Aziende sanitarie dell'Umbria	6
1.2. Il contesto dei blocchi operatori	11
1.3. Organizzazione aziendale	16
2. REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA	22
2.1. Regolamento	22
2.2. Il percorso peri-operatorio	27
2.3. Formazione	50
2.4. Audit e Accreditamento	51
2.5. Sistema informativo e monitoraggio	51
2.6. Gestione operativa	52
2.7. Cronoprogramma e obiettivi	55
3. PROGRAMMAZIONE REGIONALE	56
4. FONTI	56
5. GRUPPO TECNICO DI REDAZIONE	56
ALLEGATO 1 A: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA E URGENZA	58
ALLEGATO 1 B: GESTIONE LISTA DI PRENOTAZIONE PER RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI E PROCEDURE INTERVENTISTICHE	60

1. PREMESSA

Con DGR 437 del 26.04.2023 recante *“Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell’accordo, ai sensi dell’articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, sancito dalla conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 9 luglio 2020”*, la Regione Umbria ha delineato una strategia per il governo delle liste di attesa che, per quanto concerne gli interventi chirurgici si fonda soprattutto nella definizione di una governance regionale del percorso del paziente chirurgico programmato attuativa degli indirizzi ministeriali.

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

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

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

Le linee di indirizzo ministeriali recepite dalla DGR 437/2023 sono state prodotte quale esito dell’attività condotta dal Gruppo di lavoro ristretto (expert team) comprendente rappresentanti del Ministero della salute e delle Regioni, operante nell’ambito di un più ampio progetto di *“Riorganizzazione dell’attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura”* al quale hanno aderito tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Gli obiettivi generali del documento consistono nel fornire:

- una definizione condivisa, sia teorica che operativa, di governo del percorso del paziente chirurgico programmato nelle sue declinazioni organizzative;
- una descrizione degli elementi costitutivi attraverso l’individuazione di una tassonomia condivisa che garantisca un linguaggio comune ed omogeneo a livello nazionale funzionale ai bisogni che il paziente chirurgico programmato;
- l’individuazione dei termini di presa in carico e continuità delle cure sottolineando la centralità della funzione di governo delle Liste di attesa e della connessa programmazione chirurgica quale elemento di equità di accesso alle cure.

Tali indirizzi condivisi sul governo del percorso si prefiggono l’obiettivo di rendere più efficienti i blocchi operatori degli ospedali nazionali, 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.

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

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

Come richiamato, la DGR n. 437 del 26/04/2023 prevede di adottare linee di indirizzo regionali per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato per la successiva implementazione nelle strutture presenti in Umbria. Infatti, con DGR 459 del 03.05.2023 sono stati assegnati gli obiettivi ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2023



tra i quali sono presenti quelli relativi al governo delle liste d'attesa chirurgiche prevedendo tra gli altri anche l'adozione del Regolamento di Sala operatoria ed il recepimento delle linee guida per l'attribuzione delle classi di priorità, classe di complessità dei ricoveri chirurgici.

Con Note pec prot. n. 128272, n. 128271, n. 128270 e n. 128267 del 30.05.2023 è stato richiesto alle direzioni aziendali di indicare 1 Referente di Sala operatoria che, insieme al Direttore sanitario, possa prendere parte al gruppo di lavoro regionale per la redazione delle linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria, nonché di individuare 1 Referente aziendale per ogni disciplina chirurgica al fine di comporre i relativi gruppi di lavoro regionali per la ridefinizione delle classi di priorità e complessità degli interventi chirurgici in riscontro alle quali ciascuna azienda ha comunicato i propri Referenti.

Con Determinazione direttoriale n. 9288 del 04/09/2023 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la redazione delle linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria composto dai Responsabili competenti per materia della Direzione regionale Salute e Welfare, dai Direttori sanitari delle Aziende sanitarie regionali o, su loro delega, dai Direttori di dipartimento delle discipline chirurgiche e dai Referenti di Sala Operatoria indicati dalle direzioni aziendali, nonché i Gruppi di lavoro per la definizione delle linee guida per l'attribuzione delle classi di priorità e classi di complessità dei ricoveri chirurgici composti dai Responsabili competenti per materia della Direzione regionale Salute e Welfare e dai Referenti delle discipline chirurgiche indicati dalle direzioni aziendali con il mandato di provvedere entro il 31.10.2023 a redigere le sopra richiamate linee d'indirizzo regionali per dare piena attuazione alle indicazioni ministeriali per l'ottimizzazione del percorso del paziente chirurgico programmato e, conseguentemente, con l'obiettivo di contrastare e ridurre, altresì, il fenomeno delle liste d'attesa chirurgiche.

Nell'ambito di tale contesto si è sviluppato ulteriormente il focus sulle attuali criticità di operatività delle sale operatorie attraverso l'esperienza del personale ad esse preposto. Sono state coinvolte le OO.SS. della Dirigenza Medica e del Personale del Comparto per condividere le strategie e gli obiettivi del percorso.

Il presente documento, frutto del lavoro svolto dal Gruppo per il regolamento di Sala Operatoria, con il supporto e la supervisione della Task Force regionale per il governo delle liste d'attesa e delle direzioni sanitarie aziendali, definisce i principi e le indicazioni organizzative ed operative per l'adozione e l'implementazione del regolamento di sala operatoria da parte delle Aziende sanitarie dell'Umbria, con lo scopo di identificare regole comuni di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio, 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.



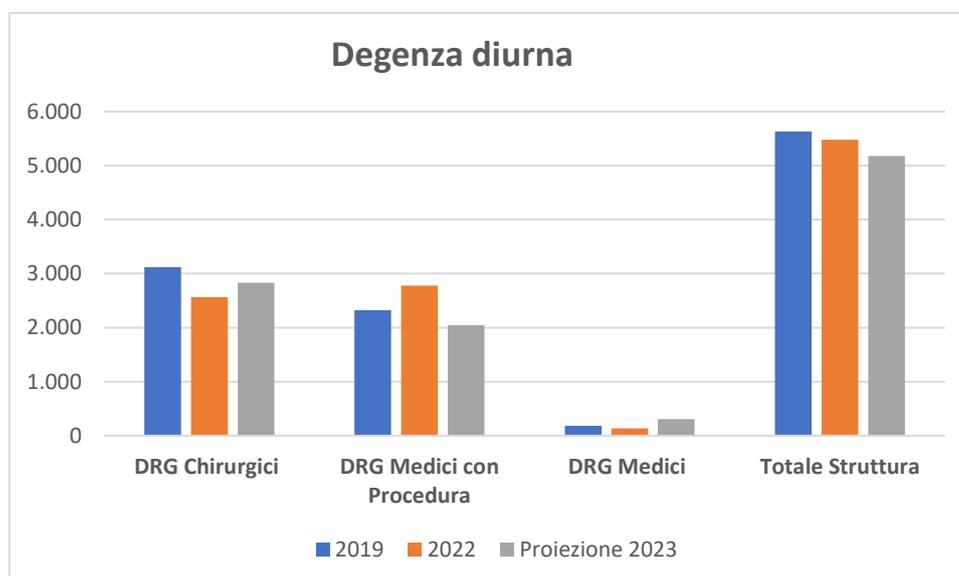
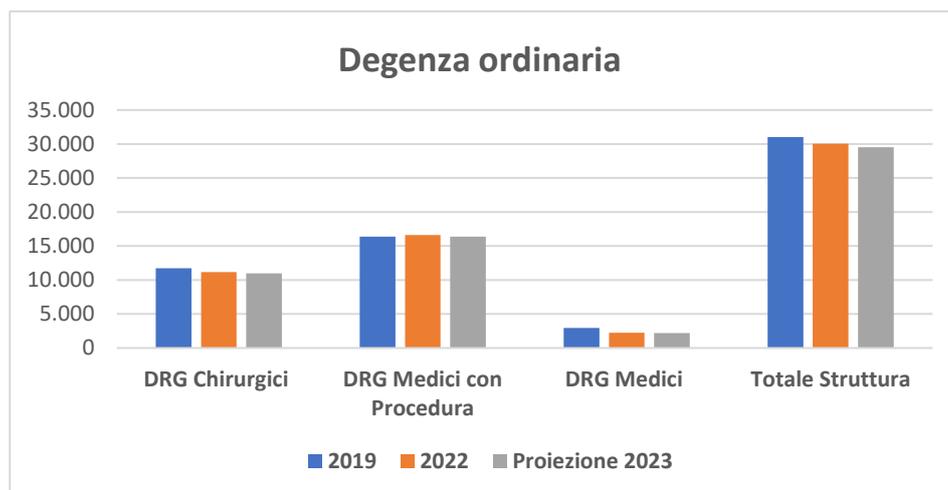
1.1. Il contesto delle Aziende sanitarie dell'Umbria

Si riporta di seguito in maniera sintetica la mappatura delle strutture ospedaliere e della produttività chirurgica stratificata per DRG chirurgici e per DRG che prevedono procedure interventistiche e quindi classificati come medici nei 3 anni di riferimento 2019, 2022 e 2023 (dati al 31 agosto).

Azienda Ospedaliera di Perugia

	Tipo Degenza							
	Degenza ordinaria				DH / DS			
	Casi				Casi			
	2019	2022	2023	Proiezione 2023	2019	2022	2023	Proiezione 2023
DRG Chirurgici	11.735	11.175	7.314	10.971	3.122	2.564	1.885	2.828
DRG Medici con Procedura	16.360	16.625	10.912	16.368	2.325	2.778	1.362	2.043
DRG Medici	2.941	2.260	1.462	2.193	186	137	204	306
Totale Struttura	31.036	30.060	19.688	29.532	5.633	5.479	3.451	5.177

Fonte Flusso SDO

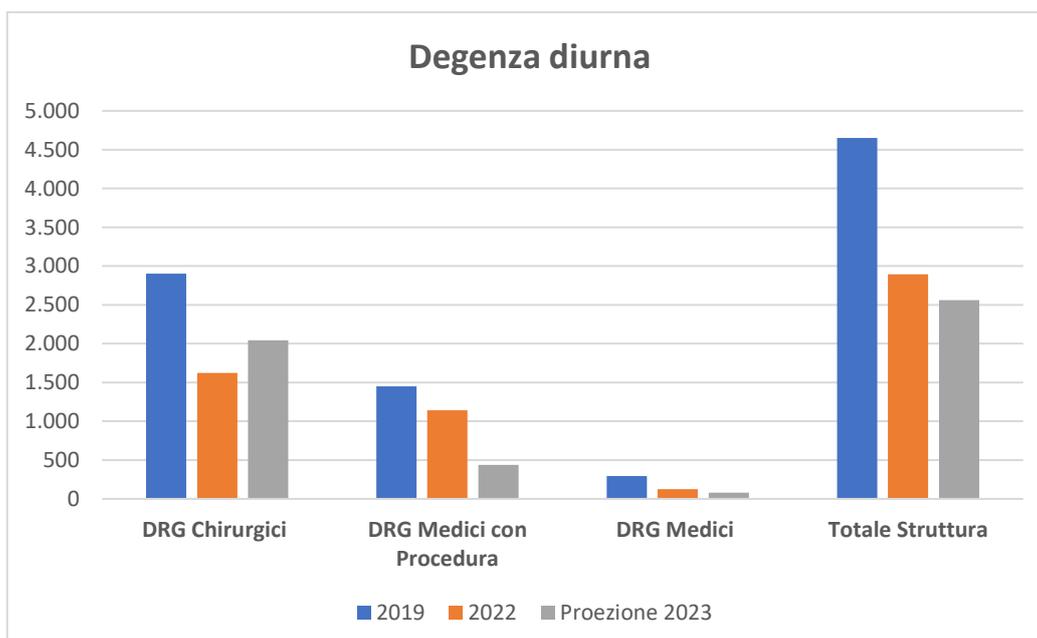
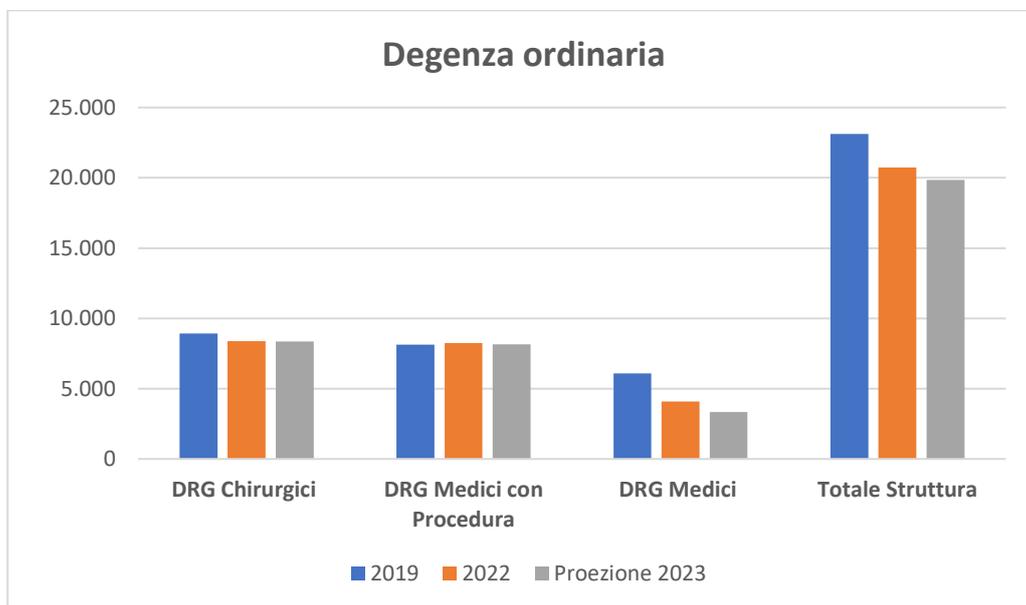




Azienda Ospedaliera di Terni

	Tipo Degenza							
	Degenza ordinaria				DH / DS			
	Casi				Casi			
	2019	2022	2023	Proiezione 2023	2019	2022	2023	Proiezione 2023
DRG Chirurgici Totale Struttura	8.916	8.391	5.567	8.351	2.903	1.625	1.362	2.043
DRG Medici con Proc. Totale Struttura	8.127	8.241	5.443	8.165	1.452	1.143	292	438
DRG Medici Totale Struttura	6.086	4.097	2.226	3.339	295	127	54	81
Totale Struttura	23.129	20.729	13.236	19.854	4.650	2.895	1.708	2.562

Fonte Flusso SDO



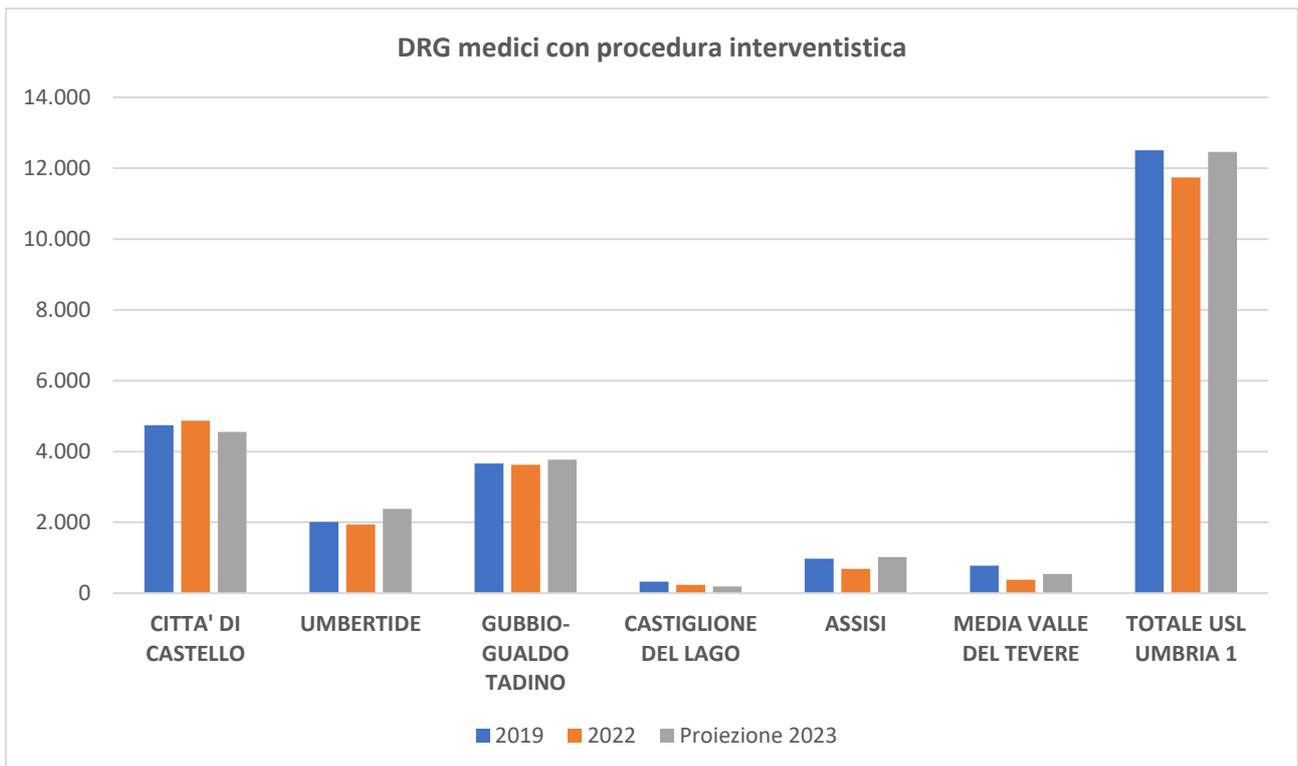
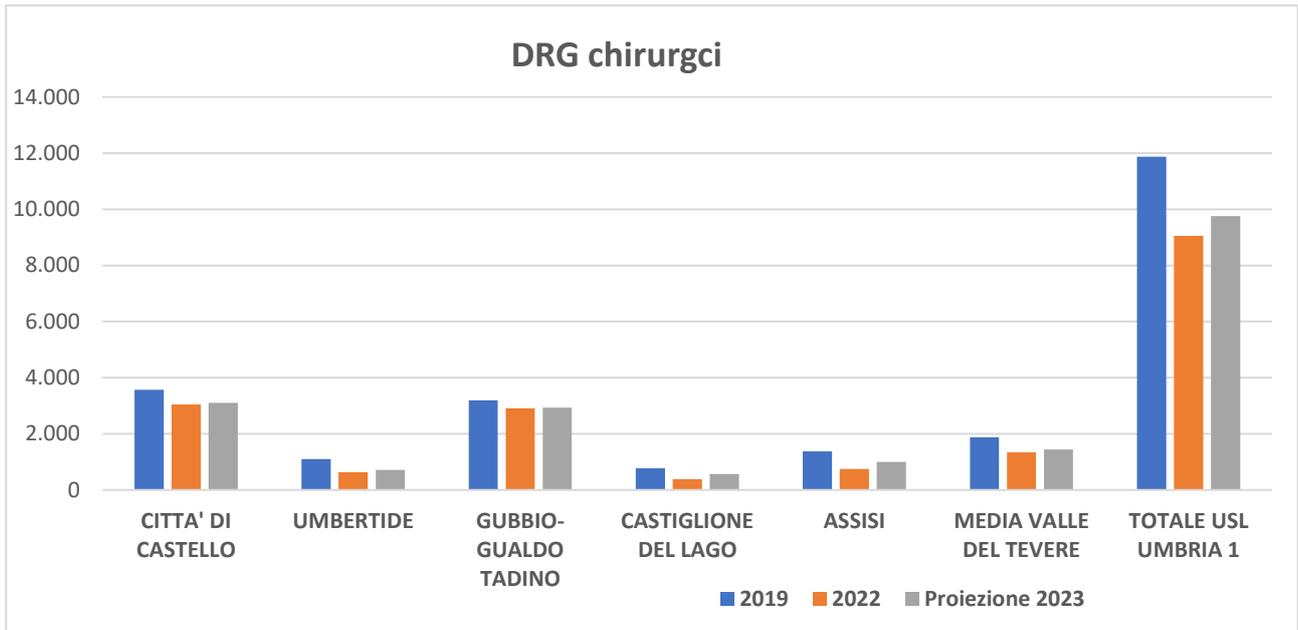


Azienda UsI Umbria 1

(Sono riportate solo le strutture ospedaliere con sale operatorie)

STRUTTURA	TIPOLOGIA DRG	Tipo Degenza							
		Degenza ordinaria				DH / DS			
		Casi				Casi			
		2019	2022	2023	Proiezione 2023	2019	2022	2023	Proiezione 2023
CITTA' DI CASTELLO	DRG Chirurgici	2.437	2.367	1.604	2.406	1.129	683	464	696
	DRG Medici con Procedura	4.633	4.743	2.942	4.413	113	128	93	140
	DRG Medici	530	815	495	743	47	14	14	21
	Totale Struttura	7.600	7.925	5.041	7.562	1.289	825	571	857
UMBERTIDE	DRG Chirurgici	478	144	143	215	619	494	334	501
	DRG Medici con Procedura	1.898	1.791	1.459	2.189	113	146	127	191
	DRG Medici	27	32	17	26	19	6	5	8
	Totale Struttura	2.403	1.967	1.619	2.429	751	646	466	699
GUBBIO-GUALDO TADINO	DRG Chirurgici	1.852	1.863	1.244	1.866	1.340	1.043	709	1.064
	DRG Medici con Procedura	3.513	3.374	2.313	3.470	147	254	199	299
	DRG Medici	474	299	229	344	21	27	26	39
	Totale Struttura	5.839	5.536	3.786	5.679	1.508	1.324	934	1.401
CASTIGLIONE DEL LAGO	DRG Chirurgici	445	202	210	315	324	179	171	257
	DRG Medici con Procedura	321	231	127	191	9	4	2	3
	DRG Medici	1.020	674	488	732	7	8	1	2
	Totale Struttura	1.786	1.107	825	1.238	340	191	174	261
ASSISI	DRG Chirurgici	214	69	118	177	1.157	678	547	821
	DRG Medici con Procedura	904	624	627	941	75	61	55	83
	DRG Medici	235	198	47	71	21	16	0	0
	Totale Struttura	1.353	891	792	1.188	1.253	755	602	903
MEDIA VALLE DEL TEVERE	DRG Chirurgici	925	366	299	449	955	971	663	995
	DRG Medici con Procedura	585	118	151	227	192	261	212	318
	DRG Medici	1.760	916	640	960	36	34	38	57
	Totale Struttura	3.270	1.400	1.090	1.635	1.183	1.266	913	1.370
TOTALE USL UMBRIA 1	DRG Chirurgici	6.351	5.011	3.618	5.427	5.524	4.048	2.888	4.332
	DRG Medici con Procedura	11.854	10.881	7.619	11.429	649	854	688	1.032
	DRG Medici	4.046	2.934	1.916	2.874	151	105	84	126
	Totale Struttura	22.251	18.826	13.153	19.730	6.324	5.007	3.660	5.490

Fonte Flusso SDO



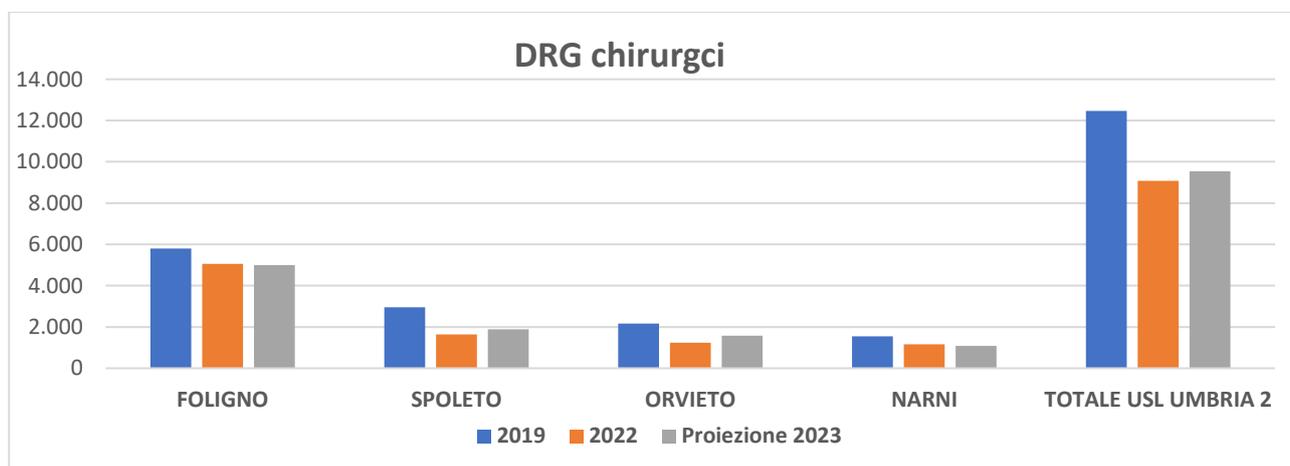


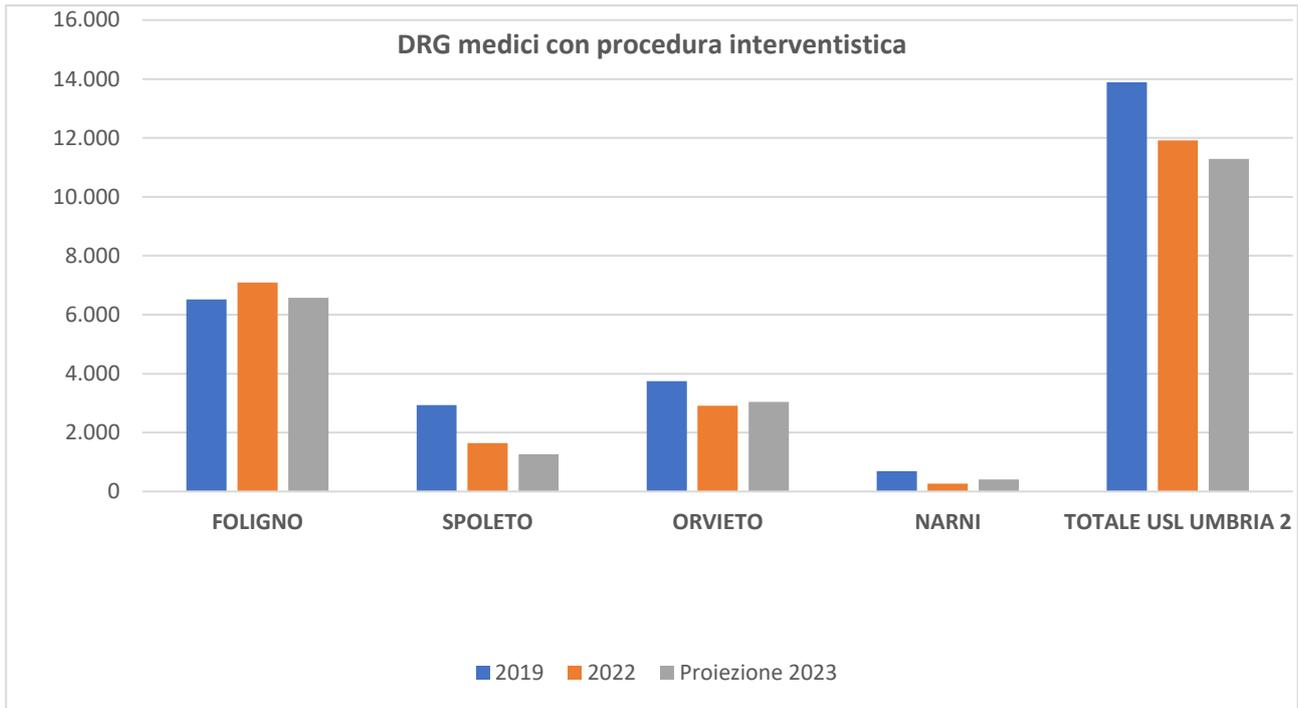
Azienda Usl Umbria 2

(Sono riportate solo le strutture ospedaliere con sale operatorie)

STRUTTURA	TIPOLOGIA DRG	Tipo Degenza							
		Degenza ordinaria				DH / DS			
		Casi				Casi			
		2019	2022	2023	Proiezione 2023	2019	2022	2023	Proiezione 2023
FOLIGNO	DRG Chirurgici	4.278	4.509	2.850	4.275	1.520	551	485	728
	DRG Medici con Procedura	4.741	5.564	3.798	5.697	1.784	1.535	587	881
	DRG Medici	2.881	2.549	1.662	2.493	167	73	51	77
	Totale Struttura	11.900	12.622	8.310	12.465	3.471	2.159	1.123	1.685
SPOLETO	DRG Chirurgici	1.976	1.239	917	1.376	978	395	341	512
	DRG Medici con Procedura	2.387	1.096	657	986	543	543	188	282
	DRG Medici	693	377	183	275	76	77	26	39
	Totale Struttura	5.056	2.712	1.757	2.636	1.597	1.015	555	833
ORVIETO	DRG Chirurgici	1.511	929	699	1.049	656	302	348	522
	DRG Medici con Procedura	3.419	2.597	1.916	2.874	328	318	110	165
	DRG Medici	841	679	341	512	175	159	20	30
	Totale Struttura	5.771	4.205	2.956	4.434	1.159	779	478	717
NARNI	DRG Chirurgici	921	593	387	581	626	567	330	495
	DRG Medici con Procedura	508	157	234	351	183	109	37	56
	DRG Medici	186	34	21	32	20	13	7	11
	Totale Struttura	1.615	784	642	963	829	689	374	561
TOTALE USL UMBRIA 2	DRG Chirurgici	8.686	7.270	4.853	7.280	3.780	1.815	1.504	2.256
	DRG Medici con Procedura	11.055	9.414	6.605	9.908	2.838	2.505	922	1.383
	DRG Medici	4.601	3.639	2.207	3.311	438	322	104	156
	Totale Struttura	24.342	20.323	13.665	20.498	7.056	4.642	2.530	3.795

Fonte Flusso SDO





1.2. Il contesto dei blocchi operatori

Si riporta di seguito la mappatura dei blocchi operatori/sale operatorie strutturate negli Ospedali per acuti dell'attuale rete ospedaliera umbra.

Ogni sala operatoria viene identificata e viene riportata l'attuale operatività settimanale e giornaliera.

Gli elementi della mappatura sono importanti per avere conoscenza della capacità potenziale e della capacità reale per singolo ospedale al fine di poter poi definire gli elementi strategici della programmazione finalizzata all'uso appropriato delle sale operatorie in relazione alla consistenza delle liste di attesa per classi di priorità delle singole discipline chirurgiche e della complessità interventistica delle stesse.



Azienda ospedaliera di Perugia

BLOCCHI/SALE OPERATORIE						TABELLA SETTIMANALE PER SALA OPERATORIA							
	BLOCCO OP.	NSALA	DESCRIZIONE SALA	GIORNI DI ATTIVITA' SETTIMANALE	ORARI		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO	DOMENICA
1	MOGGI	1	ELETTROFISIO	5	7-14	DISCIPLINA	ELETTRO	ELETTRO	ELETTRO	ELETTRO	ELETTRO		
2		2	TORACICA	4	8-14/8-19	DISCIPLINA	ENDOCRINO CHIR 8-14	TORACICA 8-19	ENDOCRINO CHIR 8-14	TORACICA 8-19			
4		3	VASCOLARE	5	8-14	DISCIPLINA	VASCOLARE OPEN						
5		4	CARDIOCH	5	8-15	DISCIPLINA	CARDIOCH	CARDIOCH	CARDIOCH	CARDIOCH	CARDIOCH		
6		5	EMERGENZA	7	H24	DISCIPLINA	CARDIO TORACO VASCO	CARDIO TORACO VASCO	CARDIO TORACO VASCO				
7		6	FERIDA	5	8-19	DISCIPLINA	CHIR VASC+ EMERGENZA						
8	ORTO_NCH	1	ORTO	7	8-19	DISCIPLINA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA_URG
9		4	ORTO	5	8-14/8-19	DISCIPLINA	ORTO PROGR 8-14	ORTO PROGR 8-19	ORTO PROGR 8-19	ORTO PROGR 8-19	ORTO PROGR 8-14		
11		3	NCH	5	8-14/8-19	DISCIPLINA	NCH 8-14	NCH 8-14	NCH 8-14	NCH 8-19	NCH 8-14		
13		2	NCH EMERGENZE	NCH EMERGENZE	H24	DISCIPLINA	NCH	NCH	NCH	NCH	NCH	NCH	NCH
14	TRANCANELLI	1	SALA MISTA	5	8-14	DISCIPLINA	GINECO	CHIR GEN	CHIR GEN	CHIR GEN	GINECO		
15		2	URO/MISTA	5	8-14	DISCIPLINA	URO	URO	CHIR GEN	CHIR GEN	CHIR GEN		
16		3	PED/MISTA	3	8-14	DISCIPLINA		CHIR PED		DERMO	CHIR PED		
17		4	ROBOTICA	5	8-19	DISCIPLINA	CHIR GEN	GINECO	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA		
18		5	LAPARO	5	8-14/8-19	DISCIPLINA	CHIR GEN 8-19	CHIR GEN 8-14	CHIR GEN 8-14	CHIR GEN 8-14	CHIR GEN 8-14		
		6	SALA MISTA	SALA EMERGENZE		DISCIPLINA	SALA EMERGENZE	SALA EMERGENZE	SALA EMERGENZE				
20		7	ORL	3	8-14/8-19	DISCIPLINA	ORL 8-14		ORL 8-19	ORL 8-19			
22		8	MAXILLO	2	8-14	DISCIPLINA			MAXILLO		MAXILLO		
		9	AMBULATORIALE	4	8-14	DISCIPLINA	PNEUMOLOGIA	CHIR PLASTICA	UROLOGIA		GINECO		
23		10	OCULISTICA	5	8-14/8-19	DISCIPLINA	OCULO 8-14	OCULO 8-19	OCULO 8-14	OCULO 8-14	OCULO 8-19		
25		1	URGENZE	5	14-19	DISCIPLINA	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	H24	H24



Azienda ospedaliera di Terni

BLOCCHI/SALE OPERATORIE							TABELLA SETTIMANALE PER SALA OPERATORIA						
	BLOCCO OP.	N.SALA	DESCRIZIONE SALA	GIORNI DI ATTIVITA' SETTIMANALE	ORARI		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO	DOMENICA
1	1	1	EMERGENZA/URGENZA	7	H24	DISCIPLINA	EMERG/URG	EMERG/URG	EMERG/URG	EMERG/URG	EMERG/URG	EMERG/URG	EMERG/URG
2	1	2	GENERALE - GINECOLOGICA	5	8-19	DISCIPLINA	GENERALE	GINECOLOGICA	GENERALE	GENERALE	GINECOLOGIA		
3	1	3	GENERALE - UROLOGIA	5	8-19	DISCIPLINA	UROLOGIA	GENERALE	UROLOGIA	GENERALE	UROLOGIA		
4	1	4	GENERALE - UROLOGIA	5	8-19	DISCIPLINA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA		
5	1	5	TORACICA	2	8-14	DISCIPLINA	TORACICA			TORACICA			
6	1	6	CARDIOCHIRURGIA	3 GG ORDINARIO + URGENZE	8-19	DISCIPLINA	CARDIOCHIRURGIA	CARDIOCHIRURGIA		CARDIOCHIRURGIA		URGENZA	URGENZA
7	1	7	NEUROCHIRURGIA	5	8-19	DISCIPLINA	NEUROCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA		
8	1	8	NEUROCHIRURGIA	3 GG ORDINARIO + URGENZE	8-14	DISCIPLINA	NEUROCHIRURGIA		NEUROCHIRURGIA		NEUROCHIRURGIA	URGENZA	URGENZA
9	1	9	CH.MANO ORTOPEDIA	4 GG ORDINARIO + URGENZE	8-14	DISCIPLINA	MANO	MANO		MANO	MANO	URGENZA	URGENZA
10	1	10	ORTOPEDIA	5	8-19	DISCIPLINA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA		
11	1	11	VASCOLARE - ENDOSCOPIA DIGESTIVA + SALA URGENZE VASCOLARE	3 GG ORDINARIO + URGENZE	8-19	DISCIPLINA	ENDOSCOPIA DIGESTIVA		VASCOLARE		VASCOLARE	URGENZA	URGENZA
12	2	A	ORL - MAXILLO - PLASTICA	5	8-14	DISCIPLINA	ORL	MAXILLO	PLASTICA	ORL 8-19	DEG.BREVE		
13	2	B	TIROIDE - SENOLOGIA - ONCOEMATOLOGIA	5	8-14	DISCIPLINA	TIROIDE	SENOLOGIA	ONCOEMATOLOGIA	TIROIDE	SENOLOGIA 8-19		
14	2	C	MULTIDISCIPLINARE	5	8-14	DISCIPLINA	AMBUL	NEFROLOGIA	AMBUL	VASCOLARE	DERMATOLOGIA		
15	2	D	OCULISTICA	5 GG ORDINARIO + URGENZE	8-14	DISCIPLINA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	URGENZA	URGENZA
16	3	1	GINECOLOGIA SALA PARTO	7	H24	DISCIPLINA	SALA PARTO	SALA PARTO	SALA PARTO	SALA PARTO	SALA PARTO	URGENZA	URGENZA
17	6	1	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	5 GG ORDINARIO + URGENZE	8-14	DISCIPLINA	EMODINAMICA	EMODINAMICA	EMODINAMICA	EMODINAMICA	EMODINAMICA	URGENZA	URGENZA
18	6	2	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	5 GG ORDINARIO + URGENZE	8-14	DISCIPLINA	ELETTROFISIOLOGIA	ELETTROFISIOLOGIA	ELETTROFISIOLOGIA	ELETTROFISIOLOGIA	ELETTROFISIOLOGIA	URGENZA	URGENZA
19	RAD.INT.	1	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	5 GG ORDINARIO + URGENZE	8-19	DISCIPLINA	RAD. INTERVENTISTICA	RAD. INTERVENTISTICA	RAD. INTERVENTISTICA	RAD. INTERVENTISTICA	RAD. INTERVENTISTICA	URGENZA	URGENZA



Azienda UsI Umbria 1

BLOCCHI/SALE OPERATORIE						TABELLA SETTIMANALE PER SALA OPERATORIA							
	BLCCCO.OP.	NSALA	DESCRIZIONE SALA	GIORNI DI ATTIVITA' SETTIMANALE	ORARI	DISCIPLINA	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	ENERDI	SABATO	DOMENICA
1	Città di Castello	1	sala schermata	5	8-14/8-18	DISCIPLINA	Otorino 8-14	Ortopedia 8-14	Urologia 8-14/Ortopedia 14-18	Ortopedia 8-14	Ortopedia 8-14		
2	Città di Castello	2	salaschermata	4	8-14/8-18	DISCIPLINA	Urologia 8-14		Senologia 8-18	Senologia 8-18	Urologia 8-14		
3	Città di Castello	3	MULTIDISCIPLINARE	5	8-14/8-18	DISCIPLINA	Chirurgia generale 8-14	Chirurgia generale 8-18	Chirurgia generale 8-14	Ginecologia 8-14	Ginecologia/Senologia 8-14		
4	Città di Castello	4	MULTIDISCIPLINARE	4	8-14/8-18	DISCIPLINA	Oculistica 8-18	Ginecologia 8-14		Oculistica 8-14	Oculistica 8-14		
5	Città di Castello	5	MULTIDISCIPLINARE	7	8-14/24h	DISCIPLINA	Urgenze	Urgenze	Urgenze	Urgenze	Urgenze	Urgenze (h24)	Urgenze (h24)
6	Umbertide	1	MULTIDISCIPLINARE	5	8-18/8-14	DISCIPLINA	Chirurgia plastica 8-18	Chirurgia plastica 8-18	Chirurgia generale 8-14	Chirurgia generale 8-14	Oculistica/Ortopedia 8-14		
7	Umbertide	2	MULTIDISCIPLINARE	5	8-14	DISCIPLINA	Chirurgia plastica 8-14	Chirurgia plastica 8-14	Chirurgia plastica 8-14	Chirurgia plastica 8-14	Ginecologia 8-14		
8	Pantalla	1	MULTIDISCIPLINARE	5	8-14	DISCIPLINA	Ortopedia 8-14	Chirurgia plastica 8-14	Ortopedia 8-14	D6 Ginecologia / D6 Chirurgia generale 8-14	Chirurgia Generale 8-14		
9	Pantalla	1	CH AMBULATORIALE	5	14-20	DISCIPLINA	Ch ambulatoriale (oculistica, ch plastica, ch generale)						
10	Pantalla	2	MULTIDISCIPLINARE	5	8-14	DISCIPLINA	Chirurgia / Ginecologia 8-14	Chirurgia generale 8-14	Chirurgia plastica 8-14	D6 Urologia / D6 Chirurgia plastica 8-14	Chirurgia plastica 8-14		
11	Pantalla	3	MULTIDISCIPLINARE	2	8-14	DISCIPLINA	Chirurgia plastica 8-14		Chirurgia generale 8-14				
12	Pantalla	4	GINECOLOGIA (PMA)	3	8-14	DISCIPLINA	Ginecologia (PMA) 8-14		Ginecologia (PMA) 8-14		Ginecologia (PMA) 8-14		
13	Castiglione del Lago	1	MULTIDISCIPLINARE	5	8-15	DISCIPLINA	Chirurgia generale	Otorino	Chirurgia generale	Chirurgia generale	Ortopedia / Chirurgia Oncologica / Chirurgia Generale PG		
14	Castiglione del Lago	2	MULTIDISCIPLINARE	3	8-15	DISCIPLINA	Chirurgia generale	Chirurgia generale / Chirurgia Plastica	Chirurgia oncologica PG				
15	Gubbio Gualdo Tadino	1	MULTIDISCIPLINARE	6	8.00-14.00	DISCIPLINA	CHIRURGIA	CHIRURGIA	CHIRURGIA/ODONTO	CHIRURGIA	CHIRURGIA	URGENZE	
16	Gubbio Gualdo Tadino	2	MULTIDISCIPLINARE	5	8.00-14.00	DISCIPLINA	OSTETRICA / GINECOL.	OCULISTICA	OSTETRICA/GINECOL	OTORINOLARING.	UROLOGIA		
17	Gubbio Gualdo Tadino	3	MULTIDISCIPLINARE	5	8.00-14.00	DISCIPLINA	OTORINOLARING.	UROLOGIA	CH.PLASTICA	UROLOGIA	ORTOPEDIA		
18	Gubbio Gualdo Tadino	4	MULTIDISCIPLINARE	5	8.00-14.00	DISCIPLINA	CHIRURGIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTO/ENDOSCOPIA	CH.PLASTICA		
19	Gubbio Gualdo Tadino	1	MULTIDISCIPLINARE	5	14.00-18.15	DISCIPLINA	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE		
20	Gubbio Gualdo Tadino	2	MULTIDISCIPLINARE	5	14.00-20.00	DISCIPLINA	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE		
21	Assisi	1	MULTIDISCIPLINARE	5	8.00-13.30	DISCIPLINA	CHIRURGIA	CHIRURGIA	CH.PEDIATRICA	CHIRURGIA/ORTO.	CH.PLASTICA		
22	Assisi	2	MULTIDISCIPLINARE	4	8.00-13.30	DISCIPLINA	CH.PLASTICA	CH.PLASTICA	CH.PLASTICA	CH.PEDIATRICA			



Azienda Usl Umbria 2

BLOCCHI/SALE OPERATORIE							TABELLA SETTIMANALE PER SALA OPERATORIA						
	BLOCCO OP.	NSALA	DESCRIZIONE SALA	GIORNI DI ATTIVITA' SETTIMANALE	ORARI	DISCIPLINA	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	ENERDI	SABATO	DOMENICA
1	NARNI	1	CH/ORTO	4	8-15	DISCIPLINA	Chirurgia Terni	Ortopedia Narni	Chir/T.A. Narni		Ortopedia Narni		
2	NARNI	2	CH/ORTO	7	8-15	DISCIPLINA	Chirurgia Narni	Ortopedia Narni	Chirurgia Narni	Ortopedia Narni	Ortopedia Narni	Urgenza	Urgenza
3	NARNI	3	CH/ORTO	2	8-15	DISCIPLINA			Chirurgia Terni	Chirurgia Terni			
4	NARNI	4	CH/GINECOLOGIA	7	8-15	DISCIPLINA	Chirurgia Terni	Ginecologia Narni	Ginecologia Narni	Ginecologia Narni	Chirurgia Narni	Urgenza	Urgenza
5	ORVIETO	1	URGENZE	7	8-14	DISCIPLINA	CHIRURGIA	ORTOPEDIA	CARDIOLOGIA	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	Urgenza	Urgenza
6	ORVIETO	2	MULTIDISCIPLINARE	7	8-14/8-19	DISCIPLINA	CHIRURGIA 8-19	OSTETRICA	CHIRURGIA	CHIRURGIA 8-19	ORTOPEDIA	Urgenza	Urgenza
7	ORVIETO	3	MULTIDISCIPLINARE	4	8-14	DISCIPLINA	CHIRURGIA		OSTETRICA	OSTETRICA	CARDIOLOGIA Pace maker		
8	ORVIETO	4	MULTIDISCIPLINARE	5	8-14	DISCIPLINA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA		
9	ORVIETO	5	SOPI	2		DISCIPLINA	lun mat sapi			lun mat sapi			
10	ORVIETO	6	GINECOLOGIA	5	8-14	DISCIPLINA	OSTETRICA	PARTICESAREI URGENTI	PARTI CESAREI URGENTI	PARTI CESAREI URGENTI	PARTI CESAREI URGENTI		
11	SPOLETO	1	OCULISTICA	7	8-14	DISCIPLINA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	Urgenza	Urgenza
12	SPOLETO	2	OSTETRICA	4	8-14	DISCIPLINA		OSTETRICA			OSTETRICA	Urgenza	Urgenza
13	SPOLETO	3	CHIRURGIA G	7	8-14/15-19	DISCIPLINA	CHIRURGIA G 8-14 CHIR PLASTICA 15-19	CHIRURGIA G 8-14	CHIRURGIA G 8-14	CHIRURGIA G 8-14	CHIRURGIA G 8-14	Urgenza	Urgenza
14	SPOLETO	4	ROBOT	1	8-14	DISCIPLINA	CHIRURGIA G 8-14	UROLOGIA 8-14	UROLOGIA 8-16	GINECOLOGIA 8-14	CHIRURGIA G 8-14		
15	SPOLETO	5	ORTOPEDIA	5	8-14	DISCIPLINA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA		
16	POLOGNO	1	COVID malattia infettive	7	8-15	DISCIPLINA	Urgenza	Urgenza	Urgenza	Urgenza	Urgenza	Urgenza	Urgenza
17	POLOGNO	2	urgenza emergenza multidisciplinaria	7	8-16	DISCIPLINA	URG-EMERG MULTIDISC	URG-EMERG MULTIDISC	URG-EMERG MULTIDISC	URG-EMERG MULTIDISC	URG-EMERG MULTIDISC	URG-EMERG MULTIDISC	URG-EMERG MULTIDISC
18	POLOGNO	3	OTORINO	4	8-14/19	DISCIPLINA	OTORINO	OTORINO			OTORINO	Urgenza	Urgenza
19	POLOGNO	4	ORTOPEDIA	7	8-14	DISCIPLINA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	Urgenza	Urgenza
20	POLOGNO	5	angiografia interv radiologica + interv vascolari radiopro	7	8-14	DISCIPLINA	ERCP	VASCOLARE/ diagnostica interv. Multisc.	Diagnostica interv. Multisc.	Diagnostica interv. Multisc.	Diagnostica interv. Multisc.	Urgenza	Urgenza
21	POLOGNO	6	TORACICA/GINEC	5	8-14	DISCIPLINA		CH TORACICA	GINECOLOGIA 8-19		GINEC/UROLOGIA 8-19 alternati	Urgenza	Urgenza
22	POLOGNO	7	CHIRURGIA	6	8-14	DISCIPLINA	CHIRURGIA	CHIRURGIA 8-19		CHIRURGIA 8-19	CHIRURGIA 8-19	Urgenza	Urgenza
23	POLOGNO	8	UROLOGIA	6	8-14	DISCIPLINA	UROLOGIA	UROLOGIA		UROLOGIA 8-19	UROLOGIA 8-19 2 venerdì/mese a turno GINEC	Urgenza	Urgenza
24	POLOGNO	9	VASCOLARE/SENOLOGICA	5	8-14	DISCIPLINA		Senologia 08-19	Vascolare 8-19	Senologia		Urgenza	Urgenza
25	POLOGNO	10	DSC chirurgia ambulato	7	Day Surgery 8-14	DISCIPLINA	UROLOGIA	OTORINO	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	Vascolare 8-14/Chir plastica	Urgenza	Urgenza
26	POLOGNO			2	Day surgery 14-19	DISCIPLINA				CHIRURGIA	CH PLASTICA		
27	POLOGNO	1	OSTETRICA	7		DISCIPLINA	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto	Urgenza	Urgenza
28	POLOGNO	2	OSTETRICA	6		DISCIPLINA	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto		
29	POLOGNO	3	OSTETRICA	5	h 24	DISCIPLINA	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto		
30	POLOGNO	4	OSTETRICA	5		DISCIPLINA	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto	sala parto		
31	POLOGNO	1	Blocca oculistica	6	8-14	DISCIPLINA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	Urgenza	
32	POLOGNO	2	Blocca oculistica	5	8-14	DISCIPLINA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA		
33	POLOGNO	3	Blocca oculistica	5	8-14/14-19	DISCIPLINA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA		
34	POLOGNO	2	EMO DINAMICA	7	8-20	DISCIPLINA	EMO DINAMICA	EMO DINAMICA	EMO DINAMICA	EMO DINAMICA	EMO DINAMICA	Urgenza	Urgenza



1.3. Organizzazione aziendale

Il Governo del paziente chirurgico programmato mette in relazione molteplici operatori e servizi della struttura sanitaria, rendendo necessaria la definizione oggettiva dei flussi decisionali attraverso l'individuazione di una struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo del processo: tale struttura comprende le funzioni e i professionisti che prendono parte in modo attivo al governo del percorso chirurgico del paziente programmato.

Prerequisito 1: La Direzione aziendale (in particolare nella figura del Direttore Sanitario) deve guidare tutte le fasi del processo.

La razionalizzazione e governo del percorso chirurgico, che rappresentano uno dei principali ambiti di produzione di valore, sia per gli operatori che per i pazienti, devono costruire un riferimento per l'intero sistema di produzione aziendale.

La leadership ed il coinvolgimento della Direzione Strategica, non solo nelle fasi iniziali al fine di esplicitare le esigenze organizzative, ma anche nelle fasi successive come guida e decisore ultimo delle questioni più cruciali, rappresentano quindi un punto fondamentale per intervenire efficacemente su un processo strutturato e complesso come quello chirurgico.

Prerequisito 2: Dalla Direzione strategica deve iniziare il coinvolgimento degli operatori e lo sviluppo dei gruppi di lavoro.

In particolare, nelle organizzazioni di maggiori dimensioni, la costituzione di gruppi multiprofessionali ad hoc, organizzati, riconosciuti, formalizzati e sostenuti con intenti chiari e azioni trasparenti, diventa una leva fondamentale per il cambiamento. Le responsabilità di coordinamento di ogni gruppo di lavoro devono essere attribuite e comunicate in modo chiaro all'intera organizzazione. L'assetto organizzativo aziendale per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato deve essere esplicitato affinché tutti i membri appartenenti ai gruppi di lavoro possano lavorare per raggiungere il comune obiettivo in modo coerente e coordinato.

Prerequisito 3: Le figure professionali da coinvolgere nel progetto devono essere scelte in funzione delle competenze e capacità necessarie per il raggiungimento degli obiettivi definiti privilegiando la multidisciplinarietà e multiprofessionalità.

Il contesto di riferimento, la logistica e l'organizzazione sono aspetti cruciali per la scelta delle figure professionali e delle modalità di lavoro. La divisione del lavoro deve essere effettuata considerando più aspetti: la scomposizione dell'organizzazione del percorso del paziente chirurgico e l'assegnazione di precisi compiti ai professionisti coinvolti nel governo del processo, allocando una o più persone a ciascuna posizione. L'identificazione delle funzioni e delle responsabilità dei singoli professionisti sanitari è connessa alle procedure interne alla struttura sanitaria, se presenti, oppure in rapporto alle consuetudini di lavoro.

Le Aziende sanitarie regionali devono in primo luogo individuare il Responsabile Unico Aziendale (RUA) che, laddove non individuato, assolve alle funzioni previste il Direttore sanitario.

Il **Responsabile Unico Aziendale (RUA)** garantisce il presidio dell'organizzazione dell'intero percorso chirurgico, affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, fermo restando che la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, rimane in capo al Direttore Sanitario. Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, il RUA predisponde controlli *ad hoc* sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul corretto rapporto, specifico per intervento, fra interventi urgenti e programmati.

Il RUA, identificato dal Direttore Sanitario, ha la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. A tal fine vigila sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato al fine di garantire:

- una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;



- la centralizzazione delle liste d'attesa per presidio/dipartimento/azienda;
- la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali ed il PNGLA;
- la finalizzazione delle risorse che dovrà determinare il superamento delle criticità in materia di liste di attesa.

Prospettivamente il RUA potrà definire interventi, anche formativi, in grado di garantire che le fasi di accoglienza dei pazienti, di informazione e di gestione della permanenza in lista, siano gestite con idonee competenze da parte degli operatori coinvolti.

Le Aziende sanitarie regionali, in relazione a quanto previsto dalle linee guida nazionali, devono, inoltre, formalizzare i seguenti gruppi di lavoro, **salvo accorpamento degli stessi con assegnazione delle stesse funzioni o attribuzione delle funzioni previste ad altri analoghi Organismi preesistenti nell'organizzazione aziendale:**

- Gruppo Strategico;
- Gruppo di Programmazione;
- Gruppo Operativo o Comitati di Valutazione della Programmazione del Blocco Operatorio.

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 **recepiti 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 senior di ambito chirurgico, che 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 dovrebbe essere composto da:

- Direttore Sanitario e RUA;
- Direttore Medico di Presidio;
- Direttore Dipartimento Chirurgico;
- Direttore Dipartimento Emergenza;
- Responsabile Controllo di Gestione;
- Responsabile Personale;
- Responsabile Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Responsabile Ingegneria Clinica;
- Responsabile Acquisti;
- Responsabile Farmacia;
- 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**.



Funzioni del gruppo strategico aziendale sono:

- **definire la programmazione chirurgica;** prendere atto della mappatura dei blocchi operatori e della produttività chirurgica e, in relazione alla tipologia di ospedale (DEA di II, DEA di I e Ospedale di base), definire le attività chirurgiche sostenibili per livello di complessità assistenziale e, in relazione alle risorse, la programmazione delle attività chirurgiche tenendo presente che andrebbero utilizzate appieno le sale operatorie dei DEA di II e di I livello perché in queste strutture ospedaliere si possono garantire gli interventi di alta specializzazione e/o di complessità maggiore connessi anche con iter terapeutici multidisciplinari. Negli ospedali di base vanno strutturate le attività chirurgiche per garantire la media-bassa intensità che può essere effettuata in aree a degenza breve multidisciplinare per pazienti stabili (ASA I e ASA II) o in aree ambulatoriali dedicate;
- **definire la separazione del percorso chirurgico programmato da quello urgente** in quanto spesso, in tutte le realtà ospedaliere, gli interventi programmati sono rinviati per il sopraggiungere delle urgenze che determinano occupazione di posti letto destinati alla programmazione e/o occupazione di spazi di sala operatoria destinati alla chirurgia programmata. Nella programmazione delle attività le direzioni sanitarie, in collaborazione con le strutture chirurgiche e il PS, devono individuare i posti letto e le sale operatorie da destinare alle urgenze chirurgiche. Nelle stesse strutture ospedaliere devono essere definiti i piani di sovrappollamento in Pronto Soccorso (DGR 445/2023) per l'individuazione dei posti letto di tutte le discipline da garantire mediamente su base giornaliera per i ricoveri urgenti, al fine di non utilizzare posti letto individuati per la chirurgia programmata, in quanto l'occupazione dei posti letto di area chirurgica è spesso determinata anche da DRG medici urgenti per evitare la genesi delle barelle. Per la gestione delle urgenze chirurgiche, si veda quanto riportato nell'allegato 1A;
- **definire la differenziazione dei percorsi chirurgici programmati** fra quelli che hanno **degenze < o = a 5 giorni da quelli con degenze superiori** per poter organizzare le unità operative di Day/Week Surgery operative dal lunedì al venerdì con ottimizzazione nell'utilizzo dei posti letto;
- individuare, in relazione all'organizzazione, **equipes dedicate di sala operatoria** per favorire la **specializzazione** dell'infermiere di sala operatoria nelle diverse discipline chirurgiche;
- **individuare in tutte le strutture ospedaliere il servizio di pre-ospedalizzazione** per ottimizzare la degenza pre-operatoria che va riservata solo ad alcune tipologie di ricovero chirurgico. I criteri di invio al servizio di pre-ospedalizzazione da parte delle strutture chirurgiche vanno rispettati per ottimizzare ed efficientare il percorso chirurgico differenziando la presa in carico del paziente dal reale inserimento in lista di attesa chirurgica;
- **disporre l'utilizzo dei criteri per la Chirurgia ambulatoriale** e individuare le strutture ambulatoriali idonee negli ospedali per facilitare il trasferimento delle procedure chirurgiche dal regime di ricovero a quello ambulatoriale in linea con l'allegato 6B del DPCM dei LEA del 2017;
- **disporre che vengano utilizzate le regole e le indicazioni regionali per l'inserimento** in lista di attesa chirurgica e per la loro evasione da parte di tutte le U.O.;
- **disporre l'utilizzo completo e ottimale del sistema informativo** in gestione delle aziende per l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico e la raccolta dei dati ed il monitoraggio dei tempi di sala operatoria e degli indicatori dell'intero percorso peri-chirurgico e per il monitoraggio dei tempi di attesa.

Il Gruppo strategico deve inoltre:

- **Ottimizzare il sistema dei trasporti** che dovrà avere percorsi preferenziali al fine di evitare attese nella sala operatoria;
- **Ottimizzare i processi di approvvigionamento dei materiali in particolar modo dei dispositivi medici** per garantire le forniture in relazione alla programmazione;
- **Ottimizzare i processi di sterilizzazione dello strumentario chirurgico** e le eventuali ditte incaricate di tali attività, dovranno essere valutate, in via prioritaria, sul rispetto dei tempi, che si dovranno adeguare all'attività chirurgica e non viceversa.

Le funzioni demandate al Gruppo strategico possono essere assolte da altri analoghi Organismi di vertice, con funzioni strategiche, eventualmente presenti nelle organizzazioni aziendali.

Gruppo di Programmazione

Attivato sempre dalla Direzione sanitaria in accordo con il Gruppo Strategico, 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 (data set, indicatori e monitoraggio); controlla le funzioni di gestione operativa delle piattaforme produttive sottese al processo chirurgico, coinvolgendo trasversalmente i responsabili di settore; si pone l'obiettivo di prendere in esame, in modo collegiale, e condividere le attività, le criticità e quindi di proporre le prime soluzioni con una visione allargata del processo, valutando l'impatto delle criticità e delle opportunità su tutte le componenti professionali 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 avanzate**, che possano declinare progetti pluriennali di reingegnerizzazione dell'organizzazione del flusso e dei processi in sala operatoria.

Il Gruppo di Programmazione dà attuazione alle indicazioni del gruppo Strategico e monitora la loro reale attivazione.

Il Gruppo di Programmazione **monitora trimestralmente l'attività dei Blocchi Operatori** acquisendo i dati ricavati dal software gestionale e dalle strutture coinvolte e confrontandosi con il Gruppo Operativo o Comitati di Valutazione, verifica gli indicatori di performance anche attivando specifici **audit di confronto con le U.O. per definire target specifici.**

I dati da monitorare sono:

- Consistenza delle attuali liste di attesa al fine del loro smaltimento e redazione di un cronoprogramma di recupero specifico per struttura ospedaliera in base alla consistenza della lista e per patologia;
- Monitoraggio della produttività chirurgica elettiva per attendere ai volumi pre-covid;
- Monitoraggio dei tempi di attesa previsti dalle classi di priorità;
- Monitoraggio delle performance delle strutture chirurgiche (riduzione ricoveri medici, utilizzo appropriato del posto letto per setting assistenziale, utilizzo corretto della sala operatoria, riduzione delle urgenze chirurgiche provenienti dal percorso programmato, ...);
- Monitoraggio dei tempi della fase intraoperatoria;
- Monitoraggio degli indicatori delle 3 fasi del percorso peri-chirurgico;



- Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza del percorso chirurgico.

Il Gruppo di Programmazione da riscontro al Gruppo Strategico dell'attuazione delle strategie pianificate.

Nel **Gruppo di programmazione** è presente il RUA, i **Coordinatori del Gruppo operativo o Comitati di Valutazione della programmazione del blocco operatorio**, il **Responsabile del Controllo di Gestione e quello del Sistema Informativo aziendale**. Il Gruppo organizza gli audit con le U.O. Chirurgiche e Anestesiologiche.

Gruppo Operativo o Comitati di Valutazione della Programmazione del Blocco Operatorio

Il Gruppo operativo o Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio, è costituito da un Anestesista, un Chirurgo, di cui uno Referente del Blocco Operatorio, il Coordinatore infermieristico del Blocco Operatorio e un referente medico della Direzione sanitaria/Direzione Medica di Presidio.

Tale Comitato, operativo per struttura ospedaliera, e se necessario per blocco operatorio, ma solo nei DEA di II livello, 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 Comitato svolge la **funzione di monitoraggio della gestione delle sale operatorie**.

Tutte le informazioni utili al buon funzionamento del Blocco Operatorio dovranno essere comunicate al Comitato ed in particolare quelle riguardanti:

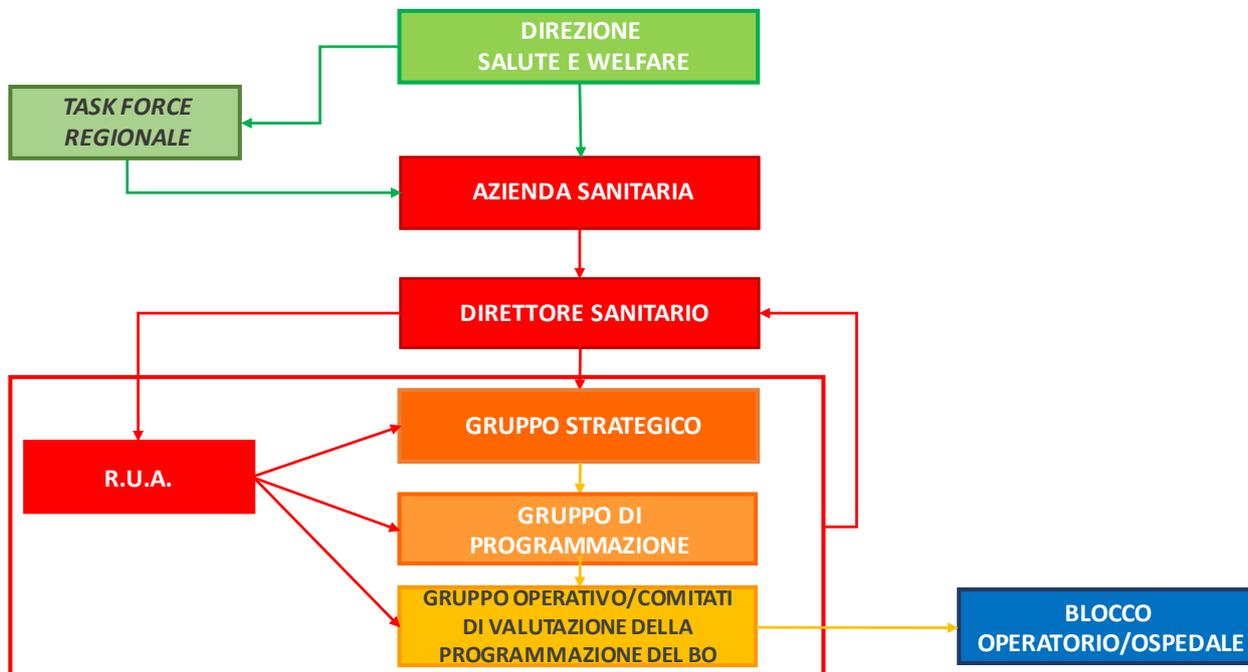
- la pianificazione degli interventi chirurgici;
- i cambiamenti nel programma operatorio;
- le comunicazioni delle urgenze/emergenze (foglio d'urgenza);
- la disponibilità del personale;
- la disponibilità del materiale e delle apparecchiature necessarie;
- i problemi procedurali riscontrati all'interno delle varie sale operatorie;
- gli elementi critici nella sala risveglio;
- la disponibilità dei posti letto della Terapia Intensiva.

Tale Comitato 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.

Per ciascuno dei gruppi descritti è opportuno individuare un professionista con funzione di **Coordinatore/Leader**.

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

Figura 1 Organizzazione per il governo del paziente chirurgico programmato



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.

2.1. Regolamento

Il Regolamento di Sala Operatoria deve essere redatto, sulla base delle linee guida regionali, da parte del Gruppo di Programmazione, in collaborazione con il Gruppo Operativo ed in accordo con il Gruppo Strategico.

Il Regolamento deve essere così articolato:

Scopo

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.

Campo di applicazione

Il regolamento è applicabile ai blocchi operatori durante le attività chirurgiche.

Ai fini del regolamento gli orari sono definiti dal punto di vista dell’impegno del tempo di sala operatoria ed hanno lo scopo di registrare e monitorare la sequenza delle azioni in sala operatoria.

Funzionamento

Nel regolamento va descritto il funzionamento del Blocco Operatorio/Sala Operatoria attraverso:

- o **descrizione dei blocchi operatori e delle sale operatorie** presenti in Azienda;
- o **descrizione degli orari di inizio e fine attività di ogni Blocco Operatorio.** I blocchi operatori o le singole sale operatorie sono aperti dalle 07:00 alle 21:00. Va dettagliata l’organizzazione del blocco operatorio inerente l’attività chirurgica in elezione in quanto l’attività in urgenza-emergenza ha luogo nelle 24 ore, tutti i giorni compreso i festivi. Le sedute operatorie programmate si differenziano in:
 - sedute lunghe: 08:00-20:00
 - sedute brevi: 8:00-14:00/14:00-20:00
 - sedute con prolungamento: 8:00-18:00

Vanno descritte le modalità operative del:

- controllo inizio attività operatorie;
- briefing;
- controllo fine attività operatorie;
- debriefing.

Responsabilità

Nel regolamento vanno descritti i ruoli e le responsabilità specifiche.

Nel Regolamento devono essere 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;
 -
- o **personale di coordinamento del blocco operatorio/sala operatoria:**
 - *Referente Medico del Blocco Operatorio:*
è un Dirigente Medico Chirurgo o 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 Comitato e archivia tutte le proposte d'intervento d'urgenza/emergenza e le altre autorizzazioni di accesso. Fa parte del **Gruppo operativo o Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio.**
- o **Organi di governo del processo:**
 - *Gruppo operativo o Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio.* Tale Comitato 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 Comitato svolge la funzione di monitoraggio della gestione delle sale operatorie.
- o **Direttori delle U.O.:**
 - 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.

Modalità operative e organizzazione del lavoro della programmazione chirurgica, modalità operative del percorso peri-chirurgico e gestione della nota operatoria

- o **descrizione della modalità di pianificazione e programmazione standard delle Sale Operatorie:** modalità di assegnazione delle sedute operatorie su base mensile e settimanale in considerazione della consistenza quali-quantitativa della lista di attesa delle UU.OO (paragrafo 2.2.1.3);



- o **modalità di gestione della fase pre-operatoria** (vedi fase pre-operatoria al paragrafo 2.2.1: valutazione chirurgica, inserimento in lista di presa in carico (paragrafo 2.2.1.1) e in lista di attesa (paragrafo 2.2.1.2), valutazione anestesiológica, ricovero del paziente (paragrafo 2.2.1.4), preparazione del paziente, accettazione del paziente nel blocco operatorio);
- o **modalità e criteri di costruzione e validazione nota operatoria settimanale** (vedi fase pre-operatoria al paragrafo 2.2.1.3- pre ricovero);
- o **modalità e criteri di costruzione e validazione nota operatoria giornaliera** (vedi fase pre-operatoria al paragrafo 2.2.1.3 – pre ricovero);
- o **descrizione delle equipe di sala operatoria stabilendo gli ingressi in sala operatoria del paziente e del personale dell'equipe e rispetto dei tempi di sala in base all'apertura della stessa.** L'equipe deve essere considerata unica (chirurgo, anestesista, infermiere) perché strettamente connessa alla realizzazione dell'intervento e operativa per un obiettivo unico. Il personale componente l'equipe dovrà essere presente all'interno del blocco prima dell'inizio della seduta nel seguente ordine: personale infermieristico (compreso lo strumentista) almeno 1 ora prima, anestesista ed almeno 1 componente l'equipe chirurgica, mezz'ora prima. Va garantita la copertura dell'orario di sala operatoria con l'orario di lavoro aderente alle normative, sia per la dirigenza che per il comparto. È assolutamente raccomandato, nei blocchi operatori con sale operatorie distinte, dedicare equipe per disciplina.

Orari del percorso per il paziente e per l'equipe:

Il paziente:

- alle ore 07:00 il primo paziente in lista, se non già ricoverato, deve essere accettato e ricoverato. Il primo paziente in nota operatoria viene solitamente ricoverato il giorno antecedente all'intervento (in base alla tipologia di intervento da eseguire e al regime di ricovero);
- alle ore 07:15 il primo paziente in lista deve essere pronto per il trasporto in sala;
- dalle 07:30, e **comunque non oltre le ore 07:45**, il paziente deve essere nel blocco operatorio;

L'equipe:

- alle ore 07:00* il personale infermieristico ed OSS entrano in turno in sala operatoria;
- alle ore 07:15* il personale infermieristico ed OSS assicurano il controllo e l'eventuale completamento delle attività di routine di preparazione delle sale operatorie in base alle note operatorie;
- alle ore 07:30 la sala operatoria deve essere pronta: un membro dell'equipe chirurgica e l'anestesista devono essere presenti in sala operatoria per il posizionamento e l'avvio delle procedure anestesiológicas;
- entro le ore 07:45 l'equipe chirurgica deve essere in sala per l'avvio delle procedure chirurgiche;
- dalle ore 08:00 deve essere effettuato il taglio cute al primo paziente in nota operatoria;
- l'arrivo in sala dei pazienti successivi al primo viene disposto dall'anestesista e dal chirurgo di comune accordo in modo da anticipare le manovre di preparazione riducendo i tempi di cambio.



*** N.B. Tali orari possono anche slittare; importante, comunque, che la sala operatoria sia pronta per le ore 7.30.**

Per quanto concerne le sedute pomeridiane, l'ora di inizio impegno anestesista del primo paziente della seduta dovrà avvenire entro le ore 14:00.

L'orario di uscita dell'ultimo paziente dal blocco operatorio deve avvenire entro le 20.00 per le sale lunghe, entro le 14.00 per le sale brevi, entro le 18.00 per le sale con prolungamento.

Gli interventi devono essere programmati in modo da assicurare il termine delle procedure anestesologiche e chirurgiche entro le 20:00, le 14:00 o le 18:00 al fine di garantire, nel tempo dovuto, tutte le procedure di sanificazione e riassetto delle sale con il rifornimento dei dispositivi medici utilizzati.

Le tempistiche sopra riportate sono quelle standard di una sala operatoria. I Tempi e gli orari per specifica sala operatoria devono essere dettagliati nel regolamento aziendale di sala operatoria nel rispetto dell'iter sopra descritto.

- o **modalità di gestione e utilizzo del blocco operatorio** (vedi fase intra-operatoria al paragrafo 2.2.2: presa in carico del paziente in sala operatoria, sign in registrazione dei controlli prima dell'induzione, preparazione anestesologica, posizionamento del paziente, preparazione campo operatorio e conta garze, induzione anestesia, intervento chirurgico, controlli e conta finale, registrazione sign out, risveglio);
- o **situazioni di prolungamento di sala** (mattutina o pomeridiana), responsabilità e modalità di gestione;
- o **descrizione della modalità di gestione degli eventi imprevisti** modalità e criteri di gestione pazienti in urgenza/emergenza (vedi allegato 1A);
- o **modalità e criteri di attivazione équipe per urgenze/emergenze notturne e festivi**;
- o **modalità di gestione della fase post-operatoria** (vedi fase post-operatoria al paragrafo 2.2.3: osservazione post-operatoria, uscita blocco operatorio, accesso setting assistenziale post-operatorio, dimissione).

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.

Definizioni e Abbreviazioni

Elencare tutte le definizioni e le abbreviazioni.

2.2. Il percorso 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.

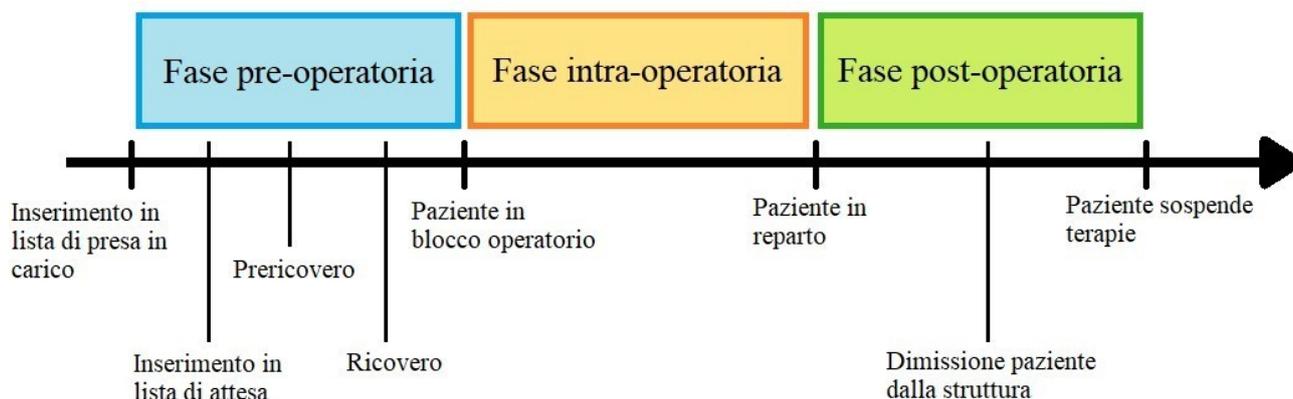
Ai fini delle presenti *Linee di indirizzo regionali per il Regolamento di Sala Operatoria*, il percorso peri-operatorio del paziente ha inizio al momento del suo inserimento in Lista di Attesa e si conclude al momento della sua dimissione. Tutte le azioni comprese in tale definizione devono essere governate 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.

2.2.1. 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;
- Pre-ricovero del paziente;
- Ricovero del paziente.

2.2.1.1. 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.



2.2.1.2. Inserimento In Lista di Attesa

Pertanto, **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. Inoltre, è opportuno che l'organizzazione aziendale, contestualmente alla conferma dell'inserimento in lista di attesa, si accerti dal paziente che sia nelle condizioni personali per rispondere positivamente alla chiamata per il ricovero, nei tempi ed alle condizioni organizzative proposte.

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 GOM).

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.

Le regole per la gestione delle liste di attesa sono descritte nell'Allegato 1B.

2.2.1.3. Il 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, dall'infermiere o altro referente individuato, di percorso pre-operatorio.

Perseguendo l'obiettivo di umanizzazione delle cure, è altresì auspicabile che la fase di pre-ricovero venga eseguita con il minor numero di accessi del paziente alla struttura sanitaria, in proporzione-riferimento alla complessità ed alle necessità del paziente.

In relazione alla complessità della struttura sanitaria e della eventuale dislocazione sul territorio di riferimento, è opportuno prevedere processi di centralizzazione delle attività di pre-ricovero. 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 anestesiologicalo);
- 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.

Le Aziende devono 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.

Programmazione del Blocco operatorio

Quanto di seguito riportato è ad integrazione e completamento di quanto già delineato dal Manuale Ministeriale per la sicurezza in sala operatoria come Obiettivo specifico 13: *"Gestire in modo corretto il programma operatorio"*. La Direzione Aziendale deve adottare una procedura aziendale



(inserendo principi e modalità all'interno del Regolamento di Sala Operatoria) per garantire la pianificazione sistematica degli interventi operatori.

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 anestesiológicos, 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;
- e. 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;
- f. 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).

Si riporta un esempio di programmazione settimanale:

Sala Operatoria..... Settimana dal 27/11/2023 al 01/12/2023															
GIORNO	N.	dati identificativi del paziente	patologia e tipo di intervento previsto	ora inizio intervento	durata prevista	equipe operatoria	tipo di anestesia	lato intervento	posizione del paziente	necessità di emo-componenti	eventuali allergie	necessità T.I. o RR	classificazione igienico-sanitaria intervento	presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare	disponibilità di personale tecnico
27/11/2023	1	X.Y.	GASTRECTOMIA	8.00	4	A.B.-C.D.- E.F.	GENERALE	NESSUNO	SUPINO	SI	NESSUNA	RR		SUTIRATRICI	TSRM
27/11/2023	2	W.Z.	ERNIORAFFIA INGUINALE	12.00	2	A.B.-C.D.- E.F.	GENERALE	SINISTRO	SUPINO	NO	NESSUNA	NO		RETE	NO

La proposta di nota operatoria dev'essere presentata entro le ore 12 del mercoledì al **Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio**.

La nota operatoria diventa definitiva e rappresenta lo strumento essenziale per il corretto svolgimento del percorso organizzativo delle attività di sala per la settimana di riferimento.

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.

Si riporta un esempio di programmazione giornaliera



Sala Operatoria..... SEDUTA DEL 27/11/2023															
GIORNO	N.	dati identificativi del paziente	patologia e tipo di intervento previsto	ora ingresso in S.O.	durata intervento	primo operatore	tipo di anestesia	lato intervento	posizione del paziente	necessità di emocomponenti	eventuali allergie	necessità T.I. o RR	classificazione igienico-sanitaria intervento	presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare	disponibilità di personale tecnico
27/11/2023	1	X.Y.	GASTRECTOMIA	7.30	4	A.B.	GENERALE	NESSUNO	SUPINO	SI	NESSUNA	RR		SUTIRATRICI	TSRM
27/11/2023	2	W.Z.	ERNIORAFFIA INGUINALE	11.00	2	E.F.	GENERALE	SINISTRO	SUPINO	NO	NESSUNA	NO		RETE	NO

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/Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio mettere in atto le azioni necessarie.

2.2.1.4. 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, corredi 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.

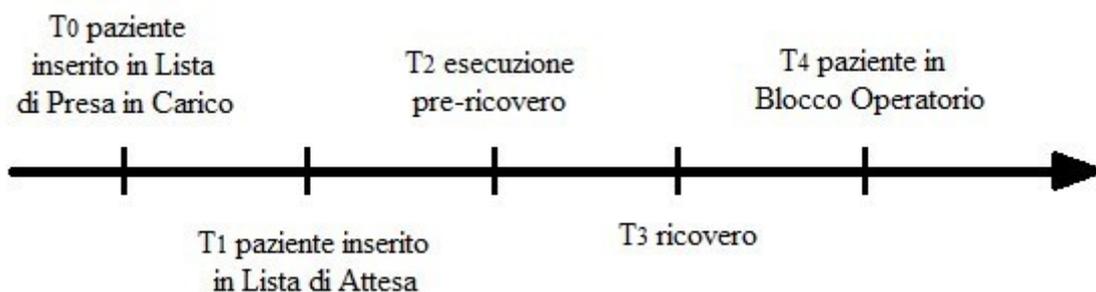
Tabella 1 indicatori della fase pre-operatoria

	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	$OS = \sum pz_T dA > CP$	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	$U_{PreRic} = \frac{\sum pzoperatiPreRic}{\sum pzoperati}$	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.

Figura 3 Descrizione della fase pre-operatoria





2.2.2. 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



In Figura 3 è riportata una rappresentazione grafica del percorso standard; va posta attenzione al fatto che, definiti gli eventi standard che descrivono il percorso (si veda Tabella 2), l'ordine di rilevazione dei tempi di anestesia (inizio induzione e paziente pronto e posizionato), saranno raccolti in ordine successivo all'ingresso in Sala Operatoria oppure all'ingresso in Sala Induzione, in funzione dell'organizzazione e della logistica del Blocco Operatorio.

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	$\frac{RU = \sum OutSO - InSO}{tSO}$	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	$Tchir = End\ Ch - St\ Ch$	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	$Tanest = Pz\ Pr - St\ Anest$	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	$Tanest = Out\ SO - St\ Anest$	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.



M18	TASSO DI CASI CANCELLATI	$CC = \frac{n \text{ interventi canc}}{n \text{ interventiprogr}}$	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	$FS = \frac{\text{minutil avrep}_U}{\text{minutilavtot}_U}$	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.

La sicurezza nel processo

È opportuno sottolineare preliminarmente che la sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure che ogni professionista ed ogni organizzazione sanitaria devono perseguire e, pertanto, è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Regionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere una pianificazione e programmazione del lavoro propedeutiche a ridurre il rischio nel processo. La **sicurezza dei pazienti**, quindi, si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento dell'organizzazione del processo e, poiché dipende dall'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consentono di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari la qualità e la sicurezza dell'assistenza e i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.



Rispetto ad altri settori, la sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzata dal numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, la comunicazione all'interno dell'équipe operatoria, nella quale si devono assicurare un clima di collaborazione tra le diverse professionalità e la molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti.

Nelle differenti fasi del processo, il **tempo dedicato alla sicurezza**, deve essere chiaramente riconosciuto e rispettato diventando tempo di cura misurabile e soprattutto previsto per garantire la presa in carico della persona con le sue eventuali manifestazioni di personale disagio.

Ulteriore elemento di grande rilevanza ai fini della sicurezza è rappresentato dalla **comunicazione**, a cui va riconosciuto un elevato valore terapeutico nell'ambito del rapporto medico-paziente e infermiere-paziente. **Il tempo dedicato dal professionista alla comunicazione è a tutti gli effetti un momento dell'assistenza e va come tale computato, considerato e favorito.** Il miglioramento del percorso del paziente chirurgico programmato, basato su un'assistenza centrata sul paziente, non può prescindere dalla relazione di cura tra professionista e paziente che si fonda sul continuo scambio d'informazioni finalizzato ad esplorare le preferenze e i valori del paziente, a supportarlo nella fase della scelta e/o dell'accettazione del percorso diagnostico terapeutico suggerito e a facilitare, sia l'accesso alle cure appropriate che, soprattutto, l'ottimale adesione al percorso diagnostico/terapeutico.

È necessario sottolineare che i processi di **comunicazione** assumono particolare rilevanza **all'interno dell'équipe operatoria**, nella quale il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere non lavorano isolatamente l'uno dall'altro e devono assicurare un clima di collaborazione tra le diverse professionalità, indispensabile per prevenire l'occorrenza di incidenti peri-operatori e per la buona riuscita dell'intervento.

La centralità del paziente, presente in tutti documenti di programmazione sia a livello nazionale che regionale, deve tradursi in comportamenti costanti e consolidati. Il **consenso informato** rappresenta, in tal senso, lo strumento-chiave attraverso il quale stabilire un rapporto di fiducia tra medico e paziente ed informare adeguatamente sugli aspetti che riguardano il suo percorso di cura. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.

Un elemento fondamentale della cultura della sicurezza del paziente è l'utilizzo, nell'erogazione delle cure, di **strategie basate sull'evidenza**. Ciò richiede la messa in pratica delle conoscenze scientifiche e la standardizzazione delle pratiche per ottenere i migliori risultati.

È pertanto fondamentale **progettare specifici modelli di gestione del rischio clinico distribuiti lungo il processo**, con l'obiettivo di prevenire e/o intercettare fattori di rischio.

Per questo la gestione del rischio nel percorso chirurgico necessita, in via prioritaria, della mappatura delle attività eseguite sul paziente durante l'intero processo, in particolar modo nella sua fase intra-operatoria, alla ricerca delle eventuali criticità e delle modalità condivise di controllo e gestione per costruire un sistema robusto e praticabile che fronteggi i rischi umani e operazionali. All'interno di tale contesto, si richiamano i contenuti del **"Manuale per la Sicurezza in Sala operatoria"** prodotto nel 2010 dal Ministero della salute. Tale Manuale, che contiene 16 Raccomandazioni ed è corredato da una checklist adattata al contesto del nostro Paese, permette di intercettare eventuali falle nel processo e rappresenta, pertanto, uno strumento utile a garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza

In particolare, la Checklist di Sala Operatoria permette di verificare la corretta implementazione a monte delle procedure di gestione del rischio richiamando altri strumenti specifici come la Profilassi antitromboembolica e antibiotica ove previsto, il Rischio infettivo, l'identificazione del paziente e del sito chirurgico.



Tutti gli strumenti disponibili dedicati alla prevenzione, identificazione, analisi e trattamento del rischio clinico associato a pazienti ed operatori (ad esempio Incident Reporting, FMEA-FMECA, Root cause analysis) devono essere estesi anche alle fasi pre e post-operatoria per garantire la conoscenza e la comprensione di tutte le fasi del processo clinico assistenziale chirurgico, fortemente simili in tutte le realtà ma peculiari per ognuna.

Obiettivo è di identificare, segnalare e sorvegliare i punti critici e i momenti fondamentali, per garantire il governo e la sicurezza di tutto il percorso peri-operatorio assicurandone nel contempo efficacia ed efficienza ponendo attenzione specifica su determinati aspetti lungo il processo tra cui:

- ***patient blood management;***
- ***sicurezza apparecchiature elettromedicali;***
- ***farmaci ad alto rischio;***
- ***gestione delle emergenze tecnologiche e organizzative.***

Modelli di controllo del rischio nel processo permettono di incrementare la circolazione delle informazioni supportando l'organizzazione nella corretta pianificazione e programmazione del lavoro. Inoltre, è ampiamente dimostrata la necessità di adottare strumenti di reporting degli eventi avversi e dei quasi-eventi al fine di migliorare la capacità dell'organizzazione di migliorare i propri processi arrivando, ove necessario, analisi multidisciplinari dell'accaduto sia di tipo reattivi (ITCA) che proattivo come il SEA e l'Audit clinico. Quest'ultimo, attraverso il confronto sistematico con gli standard conosciuti, le Linee guida e le best practice, potrà facilitare la rilevazione di eventuali scostamenti dagli standard assistenziali di riferimento e l'attuazione degli opportuni miglioramenti e consentirà il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte. I vantaggi di tale strumento, infatti, sono molteplici:

- migliorare la pratica: produrre reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi;
- sviluppare l'apertura al cambiamento;
- fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante applicazione delle migliori pratiche evidence-based;
- ascoltare i pazienti, comprendere e dare risposta alle loro aspettative;
- sviluppare linee guida o protocolli locali;
- ridurre al minimo errore o danno ai pazienti.

La sicurezza per pazienti ed operatori è direttamente proporzionale alla corretta organizzazione del lavoro tra le diverse figure professionali che partecipano al percorso di cura del paziente; pertanto la gestione della sicurezza all'interno del processo deve essere oggetto multidisciplinare e multiprofessionale basata sulle evidenze cliniche raccolte attraverso gli strumenti posti in essere lungo il percorso.

In termini di processo è pertanto fondamentale innanzitutto diffondere il più possibile e a tutti i livelli la cultura della sicurezza e poi mettere in atto tutte le azioni in termini di formazione, utilizzo di strategie e di strumenti ad hoc utili a prevenire e/o contenere i rischi connessi al percorso del paziente chirurgico programmato, con un focus particolare sulla fase pre-operatoria in cui sono allocate la maggior parte delle attività propedeutiche al successivo atto chirurgico. Pertanto, una corretta proceduralizzazione di tale fase, un ottimale controllo sui maggiori punti di criticità e di eventuale debolezza della fase pre-operatoria, potranno rilevarsi positivamente su una corretta e sicura attività operatoria.

Nella realtà Umbra tutte le strutture pubbliche e private devono aver implementato le 19 raccomandazioni ministeriali, salvo quelle non applicabili, tra le quali sono previste quelle per il percorso chirurgico, ovvero:



- Raccomandazione 02: Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
- Raccomandazione 03: Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.

2.2.3. 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 nel reparto di Rianimazione/Terapia Intensiva.**
- **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, 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 letteratura scientifica dimostra ampiamente che una elevata percentuale di complicanze, comprese tra il 5% e il 30% degli eventi avversi peri-operatori, si verifica al risveglio dall'anestesia e nelle ore immediatamente successive alla dimissione del paziente dalla sala operatoria. Questi dati hanno indotto le Società Scientifiche di riferimento a emanare standard clinico-organizzativi e lo sviluppo all'interno delle strutture di zone appositamente attrezzate, in cui poter effettuare un accurato monitoraggio ed un eventuale trattamento aggressivo post-operatorio.

Superando il vecchio termine di "zona di risveglio" (Decreto del Presidente della Repubblica del 14/1/1997), si può parlare di Area di Recupero Post-Anestesiologico (Post-Anestesia Care Unit-PACU e Recovery Room - RR), 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.

La Recovery Room è un'area 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.

Funzione caratterizzante la Recovery Room è la possibilità di ricovero temporaneo per tutti i pazienti provenienti dalle Sale Operatorie, comprese quelle in cui si pratica attività di NORA (Non Operating Room Anesthesia), in relazione alle loro caratteristiche cliniche e alla tipologia di intervento e di anestesia (generale, loco regionale o locale) o di sedazione effettuata.

Tra le finalità della Recovery Room si annovera anche quella di aumentare l'efficienza dell'attività del Blocco Operatorio, spostando la fase di risveglio ed estubazione del paziente dalla Sala Operatoria alla Recovery Room.

In termini organizzativi la disponibilità di Aree di Recupero Post-Anestesiologico (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.

Criteri di accesso precisi e condivisi sono essenziali; devono essere definiti all'interno del Regolamento di Sala Operatoria o delle Procedure interne, per evitare il fenomeno dell'overcrowding, con ripercussioni sull'attività del Blocco Operatorio.

Ogni Azienda è tenuta a definire criteri, modalità e responsabilità dell'organizzazione della Recovery Room, laddove organizzata in base alla complessità chirurgica, e dovranno essere definite:

- risorse umane e responsabilità della gestione del percorso di Recovery Room;
- criteri di presa in carico e descrizione delle attività clinico-assistenziali;
- competenze del personale sanitario della RR;
- modalità di comunicazione, di briefing e debriefing tra i sanitari del comparto operatorio e quelli della Recovery Room;
- strumenti disponibili per la valutazione delle condizioni cliniche all'arrivo e alla dimissione;
- modalità e criteri di accompagnamento in reparto (infermieri del comparto operatorio, infermiere di RR, personale OSS o sistemi aziendali per il trasporto);
- criteri di gestione del rischio.

Nei DEA di I e II livello è raccomandata la presenza 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.

Nei DEA di II livello è raccomandata la presenza della TIPO.

Terapia Intensiva

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.

I DEA di I e di II livello sono dotati di Terapie Intensive.

Strutture di degenza

Il paziente viene trasferito nelle strutture di degenza o direttamente o dopo passaggio in RR.

La degenza post-operatoria coincide con quella di ricovero e si distinguono 3 setting specifici:

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

Degenza ordinaria

Il ritorno in degenza ordinaria è per quei pazienti e i trattamenti chirurgici che necessitano di tale setting.

La dotazione di posti letto ordinari di ogni U.O. deve tener conto sia delle attività programmate chirurgiche sia delle necessità di degenza per le urgenze-emergenze.

Un ulteriore setting di degenza utilizzabile per la fase post-chirurgica è rappresentato dalle unità di day-week surgery.

La Day-Week Surgery si configura come un modello organizzativo per l'attività di chirurgia elettiva di bassa-media complessità, rivolto a pazienti a minore complessità assistenziale, attraverso il quale una efficiente organizzazione rende possibile l'erogazione di prestazioni nel modo più appropriato, senza ridurre il livello qualitativo della prestazione stessa; consente di aumentare il beneficio dei pazienti intervenendo sul rischio di una superflua permanenza in ospedale e garantisce una maggiore razionalizzazione delle risorse.

L'unità di Day-Week Surgery rappresenta quindi uno strumento attraverso il quale si intende completare l'offerta di soluzioni per la presa in carico del paziente elettivo nella fase post-operatoria e permette l'utilizzo della modalità assistenziale più appropriata per il paziente dal punto di vista clinico, con minor assorbimento di risorse. Si configura come una articolazione organizzativa del regime di ricovero ordinario, nella quale possono essere presi in carico esclusivamente pazienti "programmati".

La conseguente definizione di percorsi differenziati tra ricoveri con tempo di degenza prevedibile superiore a 5 giorni, da un lato, e quelli in elezione con tempo di degenza inferiore a 5 giorni, dall'altro, consente di aumentare il beneficio dei pazienti perché interviene su una migliore definizione dei percorsi di cura rispetto al tempo necessario per il loro completamento, sul rischio di una superflua permanenza in ospedale e sulla capacità di garantire una maggiore razionalizzazione delle risorse.

Il modello di Day-Week Surgery prospettato necessita di alto livello organizzativo, oltre che di spazi ben identificati e di una dotazione di personale dedicato per le attività assistenziali.

L'adozione di un modello organizzativo di Day-Week Surgery è auspicabile in relazione alla tipologia e complessità delle strutture sanitarie e sviluppato sulla base di volumi dell'attività eleggibile; è da preferirsi all'adozione di soluzioni diverse e più flessibili, perché consente una migliore pianificazione delle attività e quindi un aumento di produttività del sistema.

Ogni Azienda è tenuta a definire criteri, modalità e responsabilità nella gestione del paziente post-operatorio, poiché è fondamentale che per ciascun paziente venga definito il giusto livello di assistenza.



Nella chirurgia di Day Surgery deve sempre essere prevista la disponibilità di posti letto ordinari in un reparto di degenza chirurgica, in numero adeguato ai volumi di attività della struttura, tali da poter assicurare il ricovero per i pazienti che non rispondano ai requisiti di dimissione.

In ogni caso, sia per i pazienti di day surgery che di ricovero ordinario, devono essere indicate le condizioni di dimissione e le modalità operative per predisporla, l'informazione di sicurezza per il paziente condivisa con il medico curante su tempi del controllo postoperatorio e sui trattamenti domiciliari generali e specifici.

Le unità di Day-Week Surgery vanno organizzate come unità chirurgiche prevalenti negli ospedali per acuti di base con utilizzo delle sale operatorie dedicate dal lunedì al venerdì.

Le attività di degenza devono essere operative dalle 7.00 del lunedì mattina alle 20.00 del venerdì con dimissione di tutti i pazienti chirurgici.

I pazienti eccezionalmente non dimissibili il venerdì sera per sopraggiunte complicanze, a seconda della tipologia di complicanza, vanno trasferiti nell'area medica dello stesso ospedale o in un reparto chirurgico del DEA di riferimento.

Se necessario, in relazione alla consistenza delle liste di attesa, attivare sedute operatorie il sabato mattina, parallelamente si attiva l'apertura delle degenze al sabato alle 20.00.

Per i criteri di organizzazione e gestione delle unità di Day-Week Surgery, le Aziende si attengono alle disposizioni normative vigenti.

Per la dimissione le Aziende devono far riferimento anche all'utilizzo dell'OBI post-chirurgica nel rispetto della DGR n. 389 del 11.04.2016.

Posti letto tecnici

I posti letti tecnici devono essere attivati per garantire l'attività assistenziale ai pazienti che effettuano trattamenti chirurgici in regime ambulatoriale.

La permanenza nel posto letto tecnico ha durata strettamente connessa alla tipologia di chirurgia ambulatoriale:

- Chirurgia ambulatoriale minore in ambulatori chirurgici base;
- Chirurgia ambulatoriale minore in ambulatori protetti;
- Chirurgia ambulatoriale a maggior impatto clinico.

Per l'organizzazione della Chirurgia ambulatoriale si fa riferimento al documento specifico.

Il Bed Management

La gestione della piattaforma produttiva dei posti letto è un'attività strategica per ogni Azienda. L'identificazione di un'organizzazione dedicata 7 giorni su 7 alla gestione dei posti letto, o più propriamente ai macro-flussi dei pazienti in ingresso e in uscita dalla struttura, risponde ai principi della *Lean Organization*, soprattutto per quanto riguarda il concetto di flusso e di creazione di valore per il paziente.

L'implementazione della funzione di *gestione posti letto* può prevedere diverse articolazioni organizzative a seconda della dimensione aziendale, basate però su un nucleo centrale di professionisti che, applicando strumenti e logiche di efficientamento dei processi, supportano le strutture nel processo di pianificazione del percorso dei pazienti, sia in ricovero elettivo che in urgenza, in una logica di gestione integrata.

Al nucleo centrale, deputato alla gestione e controllo dei flussi ingresso/uscita, corrispondono articolazioni organizzative collocate nelle singole strutture, con funzioni di pianificazione e programmazione del percorso di ricovero e dimissione del paziente.

Le stesse articolazioni sono responsabili di:

- attivare la COT per il collegamento ospedale - territorio per facilitare il processo di dimissione e presa in carico territoriale;



- attivare il nucleo centrale in caso di criticità che richiedano decisioni operative di livelli superiori;
- attivare il nucleo centrale relativamente ad azioni di sblocco di attività inerenti il percorso clinico-assistenziale del paziente, oppure attività inerenti l'organizzazione del percorso.

Il nucleo centrale è composto da professionisti di diverso profilo e non soltanto assistenziale, con competenze in materia di gestione per processi e con elevate capacità di problem solving.

La funzione di gestione dei macro flussi dei pazienti deve essere disciplinata da procedure operative, riconosciuta a livello aziendale.

È importante precisare che le logiche applicate nelle attività di programmazione e gestione dei posti letto sono finalizzate:

- alla conoscenza della domanda in ingresso;
- all'ottimizzazione della capacità produttiva;
- alla pianificazione del percorso del paziente;
- al controllo della variabilità insita nei processi sanitari;
- all'implementazione di sistemi di *demand escalation*, ovvero il piano di gestione della domanda finalizzato ad identificare le modalità ed i livelli decisionali per riallineare domanda e offerta di posti letto attraverso azioni correttive supportate da analisi predittive.

Dimissione e presa In carico dei primi 30 giorni: il ruolo del territorio

La dimissione è evento appartenente al processo che deve essere organizzato e pianificato tempestivamente al fine di ridurre il tempo lontano da casa per il paziente e massimizzare la disponibilità di posti letto, al fine di aumentare l'accessibilità per i nuovi pazienti. La sua pianificazione deve essere precoce al fine di creare le condizioni affinché pazienti, familiari ed operatori siano in grado di contribuire alle migliori decisioni da prendere.

È necessario preparare tempestivamente il paziente alla dimissione:

- assicurando un'adeguata informazione - educazione;
- facilitando l'utilizzo delle strutture ambulatoriali;
- promuovendo il lavoro interdisciplinare in ospedale;
- garantendo continuità assistenziale ospedale-territorio;
- controllando in regime ambulatoriale le complicanze minori;
- riducendo la degenza post-operatoria o l'eventuale ri-ospedalizzazione;
- definendo i tempi medi di follow-up riferito a ciascun intervento chirurgico.

Il processo di dimissione è coordinato da specifici professionisti sanitari che hanno la responsabilità di seguire tutte le fasi che lo riguardano, dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione.

La pianificazione comporta lo sviluppo di dimissione individualizzata ed una precoce attenzione alle problematiche che il paziente dovrà affrontare.

Al fine di raggiungere l'obiettivo di controllo e riduzione della durata della degenza sarebbe opportuno disporre, in accordo con i servizi territoriali, di una valutazione più completa delle condizioni socio-sanitarie del paziente; infatti l'invecchiamento della popolazione determina un aumento significativamente importante del numero dei pazienti nelle fasce 65-74 anni e sopra i 75 anni.

Questi pazienti vivono sempre più frequentemente in nuclei monofamiliari con una scarsa rete sociale di sostegno, per cui molto spesso, persone anche in discrete condizioni di salute, rischiano di diventare fragili nella fase post-chirurgica, aumentando la difficoltà di dimissione al domicilio.

Per questo cluster di pazienti sarebbe molto utile una valutazione preventiva da condursi a livello territoriale, sfruttando il contributo della sanità di iniziativa e dei percorsi previsti per la cronicità,



con attivazione dei team multidisciplinari costituiti dai MMG, dal Servizio infermieristico e riabilitativo territoriale e dal servizio offerto dagli assistenti sociali.

Molto utili ai fini di un recupero funzionale precoce potrebbero essere, infatti, dei percorsi di recupero funzionale, individuali o di gruppo, mirati ad una preparazione specifica all'intervento che possono favorire una significativa riduzione delle giornate di degenza post-operatoria e garantire un miglior recupero funzionale del paziente.

In ogni Ospedale deve essere operativo un Ufficio Dimissioni protette che si rapporta con la COT per gestire le dimissioni protette:

- verso il domicilio con attivazione dell'ADI;
- verso le strutture intermedie "Ospedali di Comunità" (OdC) che saranno attivi in tutti i territori regionali, in alcuni casi anche di tipo intraospedaliero proprio al fine di facilitare la dimissibilità;
- verso le strutture residenziali.

È auspicabile che l'Ufficio dimissioni protette gestisca, in raccordo fra le strutture interessate, anche il trasferimento dei pazienti chirurgici dalla degenza per acuti alle strutture riabilitative ospedaliere per il recupero funzionale post-operatorio quando previsto.

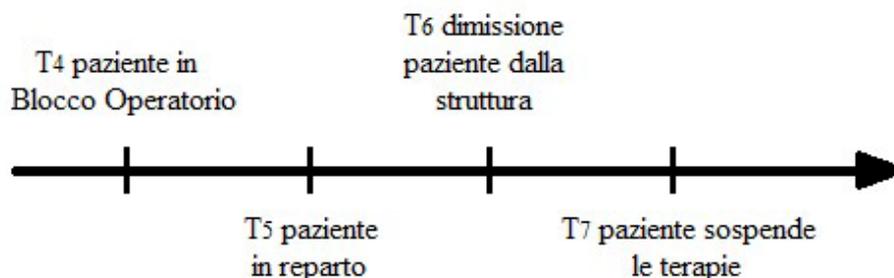
Indicatori fase post-operatoria

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	$R = \frac{N_{pzrientratiinSO}}{N_{interventiefettuati}}$	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	$C = \frac{n_{conversioniDSinORD}}{n_{intervDSeffettuati}}$	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	$R_{in} = \frac{npzrientratiinRR/TIPO}{n_{interventitotali}}$	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	$R_{in} = \frac{npzinRR/TIPOnonprevisti}{n_{interventitotale}}$	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	$RR_{TIPO} = \frac{N_{pzdaRR - PACUaTIPO}}{N_{totaliaccessiinRR}}$	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

Figura 5 Descrizione della fase post-operatoria



2.3. Formazione

L'applicazione corretta delle Linee di Indirizzo per il regolamento di sala operatoria necessita di strumenti formativi attuativi di carattere sovra aziendale che vengano diffusi e coordinati dal livello regionale attraverso il Centro Unico di Formazione (CUF) in ambito sanitario, facendo riferimento anche agli esperti di livello nazionale presenti all'interno dell'Osservatorio Nazionale (Expert Team progetto Ministero "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura").

Formazione e informazione dei professionisti sanitari sono aspetti fondamentali per lo sviluppo di una cultura omogenea a livello regionale inerente il percorso chirurgico peri-operatorio.

Attraverso la diffusione e la condivisione delle esperienze a livello locale e regionale, mediante formazione erogata dai nuclei dell'Osservatorio, è possibile mettere in atto processi di miglioramento basati sull'evidenza.

In funzione di questa opportunità, la Direzione Salute e Welfare, attraverso il CUF, avvalendosi degli esperti dell'Osservatorio Nazionale sul governo del percorso del paziente chirurgico programmato, si pone l'obiettivo di programmare un'attività formativa omogenea a livello regionale in modo da garantire un recepimento uniforme delle presenti linee di indirizzo all'interno di tutte le strutture regionali.

Il governo delle competenze mira a garantire:

- la qualità delle prestazioni erogate dall'intera équipe coinvolta nel percorso chirurgico;
- la sicurezza del paziente mediante l'apprendimento dall'errore;
- la motivazione del personale soprattutto in fasi di riorganizzazione e di ridefinizione delle mission delle piattaforme produttive;
- l'introduzione delle innovazioni cliniche, tecnologiche, organizzative;
- il ricambio generazionale.

Tra gli obiettivi quello di mettere in atto percorsi formativi in modo proattivo definendo 3 ambiti principali:

- Audit e Accreditamento per facilitare il confronto;
- Gestione Operativa, quale metodologia di supporto all'introduzione della gestione per processi;
- Lean System, quale metodologia per il raggiungimento del miglioramento.

2.4. 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 Aziende.

2.5. Sistema informativo e monitoraggio

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

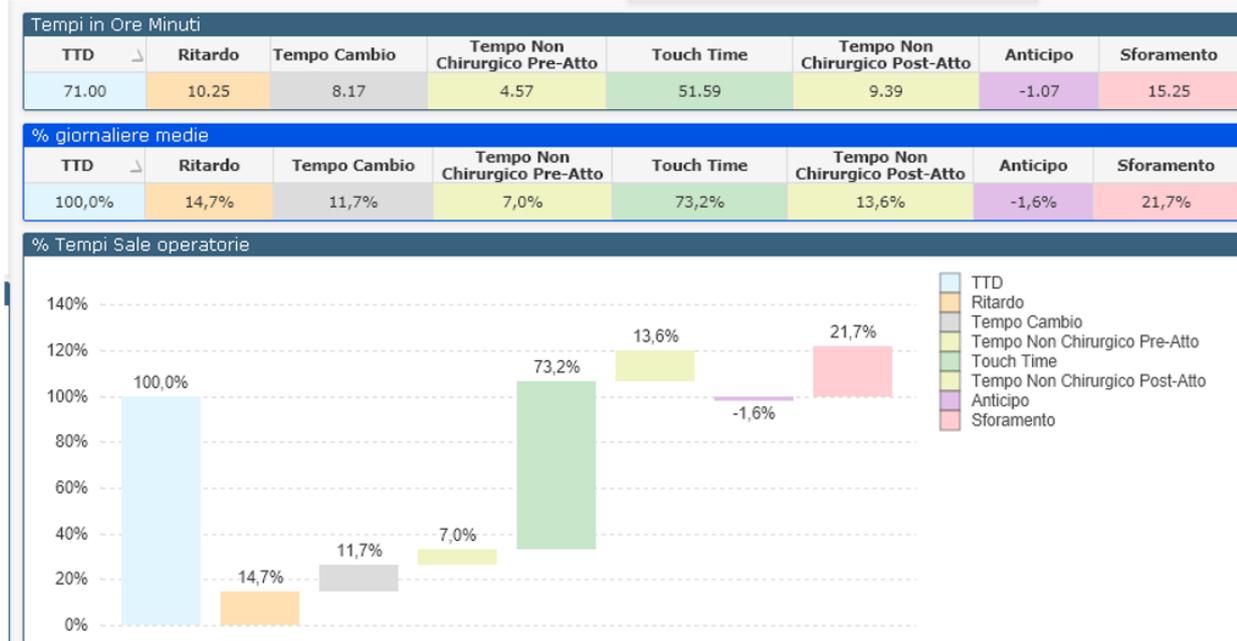
- Gli indicatori della fase pre-operatoria da M1 a M8 (tabella 1);
- I 15 Eventi intraoperatori (tabella 2);
- Gli indicatori della fase intraoperatoria da M9 a M26 (tabella 3);
- Gli indicatori della fase post-operatoria da M27 a M32 (tabella 4).

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.



Esempio di monitoraggio:



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

Il Servizio Informativo regionale, in collaborazione con i Servizi Informativi aziendali, deve procedere alla **mappatura dell'attuale contesto di rilevazione dei tempi intraoperatori e degli indicatori da parte delle Aziende per programmare il progressivo raggiungimento degli obiettivi.**

2.6. Gestione operativa

L'operazione management riguarda la progettazione ed il controllo dei processi produttivi per la produzione di beni e servizi.

È definito come l'insieme dei ruoli, degli strumenti e delle procedure che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'Azienda, mediante la gestione e la reingegnerizzazione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto.

L'*operation management* applicato alla sanità fa riferimento alla materia che si occupa delle scelte relative all'organizzazione, programmazione e gestione dei flussi di lavoro e dei processi produttivi a supporto dei percorsi di cura. Nel lessico sanitario italiano il termine utilizzato correntemente per definire questo approccio è **Gestione operativa (GO)**.

L'obiettivo è quello di garantire che i percorsi clinici (il cui output è rappresentato dalla salute del paziente) risultino efficienti, sostenibili nel medio-lungo termine ed efficaci, capaci cioè di rispondere ai bisogni ed alle attese dei clienti (pazienti).

La Gestione Operativa è rivolta ad **assicurare la corretta gestione ed allocazione delle risorse infrastrutturali necessarie allo svolgimento delle attività clinico-assistenziali svolte dalle diverse articolazioni organizzative.**

Tale funzione viene attuata mediante la pianificazione degli asset produttivi aziendali (sale operatorie, aree di degenza, piattaforme ambulatoriali, sterilizzazione ed altri) ed il monitoraggio costante del loro efficiente utilizzo, partendo dalla domanda di prestazioni e dalla casistica attesa per il raggiungimento degli standard di efficienza definiti a livello nazionale, regionale ed aziendale. In particolare:



- assicura la pianificazione dinamica dell'utilizzo degli asset condivisi (sale operatorie, aree di degenza, piattaforme ambulatoriali, sterilizzazione ed altri), mediante l'applicazione di tecniche e strumenti di operations management;
- programma le attività e supervisiona la predisposizione degli schemi di attribuzione delle risorse infrastrutturali e la loro negoziazione con gli utilizzatori rendendo disponibili le risorse necessarie nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate;
- persegue l'ottimizzazione dell'utilizzo delle piattaforme produttive mediante il monitoraggio costante dell'efficienza operativa e l'analisi degli scostamenti per l'individuazione e l'applicazione delle necessarie misure correttive.

La gestione degli asset attiene alla corretta identificazione, dimensionamento ed assegnazione di tutte le risorse necessarie al rispetto della programmazione delle attività volte alla creazione della salute per i pazienti.

La funzione di Gestione Operativa deve operare in sinergia con la Direzione Sanitaria e con i servizi interessati per assicurare il fluire dei processi clinico - assistenziali programmando le attività, la disponibilità delle risorse funzionali necessarie, ed in particolare della utilizzabilità di attrezzature e tecnologie condivise all'interno e all'esterno del Blocco Operatorio, della fruibilità dei servizi di sanificazione e sterilizzazione e della programmazione della manutenzione degli impianti.

La funzione di Gestione Operativa opera in sinergia con la Direzione Sanitaria; la sua introduzione e/o sviluppo non determina di per sé la previsione di un'articolazione organizzativa dedicata, decisione che è demandata all'autonomia aziendale, ma indica la necessità di disporre, in una moderna organizzazione sanitaria, di specifiche competenze in grado di utilizzare appropriate metodologie e strumenti per perseguire l'obiettivo aziendale di rispondere ai bisogni ed alle attese dei pazienti.

In quanto funzione strategica, la Gestione Operativa, in particolare nelle realtà dove le dimensioni della struttura, i volumi e le tipologie di prestazioni, nonché i percorsi assistenziali, sono numerosi, al fine di garantire maggiore coerenza e le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico - assistenziali è auspicabile che assuma un ruolo strutturale nell'organizzazione della Direzione Strategica, definita Direzione Operativa.

Lean System

Il Sistema Lean, potente **strumento per il miglioramento della qualità dei processi**, è principalmente considerato un sistema di lotta agli sprechi costante e implacabile, che ha lo scopo di concentrare le energie aziendali per produrre il massimo valore per il cliente, attraverso un flusso di erogazione del servizio il più snello, efficiente ed economico possibile.

Consiste nel capire il valore dei processi, dare flusso delle attività, introducendo la lotta allo spreco per lavorare per obiettivi di miglioramento.

Processi rendicontati ogni giorno

Si richiede una base di formazione per introdurre conoscenze sul Lean System. La formazione degli operatori è un elemento critico nell'instaurare il sistema di gestione lean. Questo non solo può insegnare strumenti e metodo, ma anche per instillare una forma mentale, quella **di rendicontare i processi**.

Controllo a vista

La **rappresentazione visiva di dati** è un momento critico nella comunicazione al gruppo su come il sistema sta funzionando. I dati in sanità molto spesso sono mostrati in maniera non agevole. La gestione a vista, anche su tabellone, mette in chiaro a tutti gli operatori se un processo è sotto controllo o meno.

Incontri giornalieri (ogni mattina):

Dopo aver stabilito il lavoro standard e la rappresentazione visiva della progressione, bisogna che il **gruppo operativo gestisca i problemi che emergono**. Ciò può essere realizzato tramite **incontri quotidiani** (ad esempio ogni mattina). Ogni supervisore si incontra col suo gruppo all'inizio di ogni turno per rivedere i problemi incontrati nelle 24 ore precedenti e stendere un piano per le attività del turno. È compito del gruppo, non del supervisore, identificare e mettere a prova le contromisure ai problemi che sono stati identificati.

Mappe del valore, periodiche

Le risorse umane responsabili e coinvolte nel fornire miglioramenti all'efficienza della sala operatoria dovrebbero avere abitudine ad **analizzare il processo di cui sono responsabili (tramite Value Stream Map)**, proporre la versione snellita senza sprechi e verificare l'azione di miglioramento, confrontando periodicamente le azioni con i report ricevuti. Ciò permette la creazione ed il mantenimento di un team motivato, che conosce i propri risultati correttivi nelle aree di criticità. Questa azione ha una ricaduta motivazionale importante.

Approccio al miglioramento

- ***Analisi dello stato attuale***

L'analisi ha primariamente a che fare con l'efficienza dei processi. Ciò coinvolge l'identificazione delle attività che aggiungono valore e quelle che non lo aggiungono, l'eliminazione degli sprechi, delle code, con l'instaurazione di un flusso e delle altre operazioni che aiutano a trasformare le "operations" nel manifatturiero.

- ***Orientamento a migliorare processi e obiettivi***

Gli elenchi di sprechi possibili sono universali e da riconoscere nella propria realtà. Gli sprechi e la loro eliminazione devono essere suggeriti dagli operativi, durante le periodiche analisi del percorso paziente.

Il GembaWalk

Ciò che viene indicato come GembaWalk, è la interfaccia fra il **Value Stream Mapping** (eseguito regolarmente e periodicamente dagli operativi) ed i Direttori/Dirigenti Senior, che prendono visione delle analisi e delle proposte degli operativi, per risolverle con obiettivi condivisi e comuni.

La forza del GembaWalk, perché sia tale, deve essere preceduta dalle analisi di processo degli operativi, guidati e sostenuti da un metodologo Lean (normalmente il Team Leader, ovvero il responsabile organizzativo del Team).

Altre tecniche organizzative da implementare nel Team responsabile delle piastre sono:

- Visual management. Si tratta di mettere a vista, per tutti gli operatori di processo, quali sono gli obiettivi da raggiungere, quotidianamente o periodicamente, attraverso la messa a vista di dati trasparenti e comuni.
- Spaghetti diagram (chart). Si tratta della analisi dei percorsi (in passi) compiuti dagli operativi in determinata area. La presa di coscienza che le stesse cose si possono fare con minori spostamenti di personale, fornisce il metodo per risparmiare passi e tempo speso inutilmente negli spostamenti.
- In alternativa la tecnica FMEA (Failure Mode and Effect Analysis, per l'analisi degli errori di un processo) o il Driver Diagram Team (analisi dei 4 driver della qualità per rendere funzionale un Team) forniscono un supporto metodologico adeguato e più strutturato, con punteggi e indicatori. Queste tecniche sono a volte meno coinvolgenti dal punto di vista degli operatori rispetto alla VSM.

2.7. Cronoprogramma e obiettivi

OBIETTIVO	DIC 2023	GEN 2024	FEB 2024	MAR 2024	GIU 2024	SET 2024	DIC 2024	TARGET	RESPONSABILE
Recepimento linee di indirizzo regionali								Delibera DG	Aziende
Individuazione RUA								Delibera DG	Aziende
Definizione Gruppo Strategico								Delibera DG	Aziende
Definizione Gruppo Programmazione								Delibera DG	Aziende
Definizione Gruppo Operativo o Comitati di Valutazione della Programmazione del BO								Delibera DG	Aziende
Regolamento Sala Operatoria								Delibera DG	Aziende
Procedura liste di attesa								Delibera DG	Aziende
Procedura monitoraggio tempi di attesa								Delibera DG	Aziende
Mappatura sistemi informativi								Report mappatura	Servizi informativi Regione+Aziende
Adeguare il Sistema informativo per la raccolta dati								Adeguamento del Software aziendale	Aziende
Registrazione dei tempi obbligatori di Sala Operatoria								Report tempi obbligatori	Aziende
Registrazione dei tempi consigliati di Sala Operatoria								Report tempi consigliati	Aziende
Definizione strategie e programmi formativi								Programmi e calendario corsi	Regione+CUF
Formazione degli Operatori								Erogazione corsi	CUF + Aziende
Monitoraggio rispetto del cronoprogramma								Verifica con DS	Task Force regionale

3. PROGRAMMAZIONE REGIONALE

La Task Force regionale per il Governo delle liste d’attesa, periodicamente e comunque ogni trimestre, convoca il Direttore sanitario e il RUA di ogni Azienda ai fini del monitoraggio del cronoprogramma di attuazione, della verifica degli indicatori e dell’utilizzo delle sale operatorie.

La Direzione Salute e Welfare della Regione Umbria, anche in relazione agli esiti del monitoraggio, si riserva di procedere all’aggiornamento e alla revisione del presente documento di indirizzo, qualora se ne ravvisi la necessità e laddove le linee di indirizzo nazionali successivamente emanate, contengano delle indicazioni in contrasto con quanto riportato nel presente atto. Per quanto non espressamente previsto nel presente atto si rinvia alla normativa vigente in materia.

4. FONTI

- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera;
- “Nuovo Patto per la salute 2019-20216”, seduta della conferenza Stato-Regioni del 18 dicembre 2019 (Rep. Atti);
- Legge di Bilancio 2022 del 30 dicembre 2021, n. 234 Art.1, commi 276-279;
- “Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, di cui all’Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020;
- Manuale a cura di Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 10 novembre 2009, “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist”;
- “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-COV-2 0001525 - 24/01/2022”;

5. GRUPPO TECNICO DI REDAZIONE

Coordinamento

- Enrica Ricci – Regione Umbria

Componenti del Gruppo di lavoro per il regolamento di Sala Operatoria

- Ilaria Bernardini – Azienda Ospedaliera di Perugia
- Alvaro Chianella – Azienda Usl Umbria 2
- Chiara Ciabucchi – Azienda Usl Umbria 1
- Chiara Della Vedova - Azienda Usl Umbria 2
- Paolo Ottavi - Azienda Ospedaliera di Terni
- Verusca Subicini – Regione Umbria

Task Force per il Governo delle Liste d’attesa:

- Massimo D’Angelo – Regione Umbria;
- Piero Rosi – Regione Umbria;
- Davina Boco – Regione Umbria;



- Sabrina Socci – Regione Umbria;
- Paola Casucci – Regione Umbria;
- Ombretta Checconi – Regione Umbria;
- Stefano Piccardi – Regione Umbria;
- Giancarlo Bizzarri – Punto Zero Scarl;
- Fortunato Bianconi – Punto Zero Scarl;
- Luigi Tardioli – Punto Zero Scarl.

Direzioni Sanitarie aziende dell’Umbria:

- Arturo Pasqualucci – Azienda ospedaliera di Perugia;
- Pietro Manzi – Azienda ospedaliera di Terni;
- Luigi Sicilia – Azienda Usl Umbria 1;
- Nando Scarpelli – Azienda Usl Umbria 2.

Supporto tecnico

Francesco Pirani – Regione Umbria

ALLEGATO 1 A: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA E URGENZA

Per intervento in urgenza si intende un intervento che deve essere eseguito entro un determinato limite temporale. Esistono due livelli di rapidità di intervento, discrezionali e definiti dal chirurgo. Vista la complessità organizzativa, al fine di assicurare l'assistenza ottimale al paziente, la valutazione di stato clinico di emergenza da parte dei chirurghi che propongono l'intervento deve essere molto ponderata.

Al chirurgo spetta il compito di assegnare la categoria di appartenenza ad ogni singolo intervento che intende effettuare per definire la necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito, coordinandosi con il medico anestesista in regime di urgenza. Il tempo di norma non dovrà superare le 24/48 ore. Sono riferite all'urgenza anche le attività di prelievo di organi e tessuti e di trapianto.

Presentazione della richiesta intervento in emergenza/urgenza

La richiesta di esecuzione dell'intervento in regime di emergenza/urgenza deve SEMPRE essere formulata con indicazione della richiesta di emergenza/urgenza della sala operatoria. La nota deve essere compilata dal chirurgo che pone indicazione all'intervento.

La richiesta deve specificare il livello di emergenza urgenze e consegnata al Responsabile Medico del Blocco Operatorio che si confronta con il Coordinatore Infermieristico per la valutazione della fattibilità in termini di spazi e personale disponibili. Se la valutazione è positiva, il Coordinatore Infermieristico del blocco operatorio avvisa il chirurgo proponente e predispone l'allestimento della sala.

In caso di indisponibilità di risorse (spazi e/o personale) il Responsabile Medico del Blocco Operatorio stabilisce quali attività elettive sospendere.

Attivazione della sala operatoria in emergenza/urgenza

Le urgenze chirurgiche dovrebbero essere garantite in sale dedicate.

In caso di emergenza può essere utilizzata anche la prima sala disponibile nel blocco operatorio.

Qualora l'esecuzione dell'urgenza abbia determinato sospensione di attività programmata da parte di altra U.O., quest'ultima potrà recuperare il tempo di sospensione in una successiva seduta possibile programmata della U.O. che ha effettuato l'urgenza **e comunque gli interventi rimandati devono essere i primi in lista alla seduta programmata successiva.**

Gestione degli Imprevisti

Prolungamento della seduta ordinaria oltre l'orario programmato

Compito del referente anestesista e del coordinatore infermieristico è seguire il corretto svolgimento delle liste operatorie, controllare i motivi di ritardo non previsti, verificare eventuali difformità dalla programmazione e valutare i tempi di fine intervento per ciascuna sala operatoria. L'organizzazione del BO prevede che l'attività ordinaria abbia un termine definito.

Nel caso in cui la durata prevista per l'intervento successivo superi ampiamente i limiti stabiliti (compresi i tempi necessari per terminare l'intervento in corso, per il ripristino della sala, per la preparazione del paziente successivo e per l'esecuzione dell'intervento programmato successivo a



quello in corso), il referente medico ed il coordinatore infermieristico del Gruppo Operativo o Comitato di Valutazione, cercheranno eventuali possibili correttivi.

Monitoraggio delle criticità

Il Gruppo operativo o Comitato di Valutazione della programmazione del Blocco Operatorio, periodicamente, effettuano l'analisi collegiale dei dati di occupazione delle sale operatorie.

ALLEGATO 1 B: GESTIONE LISTA DI PRENOTAZIONE PER RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI E PROCEDURE INTERVENTISTICHE

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.

Proposta di ricovero

Ai sensi del vigente PNGLA, per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Strutture Sanitarie devono garantire la prenotazione con sistema informatizzato centralizzato (agenda, registro) per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.

Il sistema di prenotazione deve essere unico per Azienda o per Presidio ospedaliero, o, di minima, per le unità organizzative che gestiscono casistiche similari e/o condividono le medesime piattaforme produttive (es. chirurgia).

Percorso di inserimento in lista di attesa

Nella fase di inserimento in lista, è possibile che la fase diagnostica non sia ancora 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. Per tali circostanze, è possibile inserire il paziente in una "lista di presa in carico", a valle della quale sarà confermata o disconfermata l'indicazione al ricovero.

A tal fine, si raccomanda che l'inserimento in lista d'attesa coincida con il momento in cui viene convalidata l'indicazione al ricovero, e cioè quando 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 diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica.

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:

CLASSE	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 casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

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. Si precisa che in caso di modifica della priorità, il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa).

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.

Classe di complessità

Nel documento *“Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”*, di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020, viene richiamata la necessità di introdurre, come utile strumento per il monitoraggio informatizzato delle Liste di Attesa per le prestazioni chirurgiche, un *“Nomenclatore Unico”*, basato su un tracciato record che consente la classificazione degli interventi o delle procedure chirurgiche inseriti in Lista di Attesa utilizzando le codifiche ICD9-CM (qualora necessario anche della diagnosi) ed il loro successivo raggruppamento in macro-categorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica.

Ai fini della determinazione della consistenza della lista d'attesa, si raccomanda di utilizzare sistemi codificati per l'identificazione della diagnosi (g) e della prestazione (r). Tale modalità facilita, altresì, la corretta pianificazione degli accessi secondo logiche di flessibilità ed efficienza e una migliore programmazione nell'utilizzo dei posti letto, sedute operatore, prestazioni intermedie, pre-ricovero, ecc.).

A tal fine, si fa riferimento alla metodologia di classificazione delle prestazioni chirurgiche di cui al documento e relative appendici *“Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2 0001525- 24/01/2022”* che consente di correlare gli



interventi programmati ai DRG ed alle relative **classi di complessità** previste nel documento stesso (Classe 1, Classe 2 e Classe 3).

Il documento metodologico ed il file excel contenente la matrice di correlazione tra il “Nomenclatore unico” ed i DRG afferenti alle citate classi di complessità sono uniti rispettivamente in Appendice 1 e Appendice 2. Si precisa che il linkage tra categorie del nomenclatore e classi di complessità è basato sull’attribuzione teorica del caso ad un DRG in base ai codici ICD-9-CM assegnati alla diagnosi e all’intervento al momento dell’inserimento in Lista di Attesa; pur essendo quindi utile per la categorizzazione della Lista di Attesa, potrebbe non essere confermato in fase di dimissione. Si raccomanda dunque di porre particolare attenzione alla gestione prioritaria della casistica oncologica, a prescindere dalla categoria/DRG di attribuzione teorica.

Per omogeneizzare e uniformare l’inserimento in lista di attesa in tutte le strutture a livello regionale, è stata elaborata la **griglia da predisporre per disciplina per l’individuazione delle casistiche per classi di priorità** e l’inserimento in lista di attesa facendo riferimento alla metodologia di lavoro previste nel documento e relative appendici “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SAR5-CO V-2 ù001525- 24/01/2022”.

Tali griglie sono una guida per consentire di individuare per ogni paziente:

- la priorità clinica (classe di priorità);
- la complessità clinica (intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico);
- il setting assistenziale appropriato (degenza ordinaria, degenza diurna, ambulatorio).

DISCIPLINA	<i>inserire nome disciplina</i>											
Classi di priorità	PATOLOGIE	COMPLESSITA'										
		1	2	3								
CLASSE A Ricovero da effettuarsi entro 30 giorni dalla prenotazione												
CLASSE B Ricovero da effettuarsi entro 60 giorni dalla prenotazione												
CLASSE C Ricovero da effettuarsi entro 180 giorni dalla prenotazione												
CLASSE D Ricovero da effettuarsi entro 1 anno dalla prenotazione												

Sono stati quindi attivati gruppi di lavoro per tutte le discipline chirurgiche e per quelle che effettuano prestazioni interventistiche e sono state raccolte le schede di classificazione che saranno validate e trasmesse alle Aziende.

Le griglie sono indicative per raggruppamento di prestazione in quanto resta valido il criterio di correlare la diagnosi con la prestazione per individuare il potenziale DRG (attribuzione classe di complessità) e la classe di priorità come previsto dalla normativa vigente.



Le griglie saranno sottoposte a monitoraggio con i gruppi tecnici per l'eventuale revisione/aggiornamento.

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, il responsabile della struttura (o lo specialista ospedaliero sotto la responsabilità del responsabile) 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

È utile che ciascuna Regione e Azienda Sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell'inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere inoltre declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

In particolare, al fine di rendere il processo di chiamata da Lista di Attesa più efficiente ed equo, è opportuno integrare uno score di priorità che oltre alla Classe di Priorità, assegnata dal medico al paziente, tenga in considerazione la data di inserimento in Lista di Attesa.

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.

Nella giornata in cui si effettua il ricovero, l'operatore addetto all'accettazione del ricovero o della pre-ospedalizzazione, nella data indicata, ricercherà il paziente in Lista per ricovero tra i pazienti CONVOCATI e, solo se il paziente è regolarmente iscritto per quella data, procederà all'accettazione del paziente, evitando il ricorso a "inserimento nuovo ricovero".

Si raccomanda che il sistema di prenotazione dei ricoveri programmati sia interoperabile con il sistema ADT in modo da poter garantire la corretta manutenzione della lista (eliminazione dal record) al momento del passaggio del paziente dallo stato di PRENOTATO/CONVOCATO allo stato di RICOVERATO. In caso contrario, è necessario gestire con altre modalità la manutenzione costante della lista d'attesa in ordine alla necessità di lasciare in lista esclusivamente i pazienti che sono in attesa di ricovero.

Pulizia periodica 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.

In tutti i casi, 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, 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.

Si precisa che, in caso di modifica della priorità, il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa).

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);
- irreperibilità del paziente o sua non disponibilità dopo due chiamate telefoniche, con cadenza settimanale, in giornate e orari diversi;
- 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.

MONITORAGGIO E RESPONSABILITA' SULLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

Responsabilità del Direttore sanitario

Il Direttore sanitario, in conformità con la normativa vigente, dovrà garantire la vigilanza in ordine alla gestione appropriata della lista di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul rapporto fra interventi urgenti e programmati.

Dovrà inoltre individuare in modo formale le responsabilità dei diversi operatori interessati.

La funzione di vigilanza e gestione del percorso di ricovero potrà essere assolta dal Direttore



sanitario in primis o Responsabile/Referente Unico per le liste di attesa (RUA).

Responsabilità del Direttori/Responsabili di Unità Organizzativa

Il Direttore/Responsabile del reparto di ricovero dovrà vigilare sulle procedure di inserimento in lista e convocazione al ricovero, garantendo il rispetto delle corrette procedure di scorrimento della lista sin ora descritte. assicurando — di concerto, eventualmente, con il Direttore del Dipartimento/Presidio e con il RUA - il superamento delle eventuali criticità organizzative che ne ostacolano la piena adesione

Il Direttore/Responsabile del reparto di ricovero è tenuto a monitorare il RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA per la propria unità organizzativa, consultando il sistema di prenotazione e verificando periodicamente la garanzia dei tempi per ciascun paziente prenotato.

In caso di superamento del tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità clinica attribuito, il Direttore/Responsabile del reparto di ricovero è tenuto a verificare le motivazioni e/o le problematiche che compromettono il rispetto dei tempi e intervenire per il superamento delle stesse. In caso di problematiche non risolvibili a livello di unità organizzativa, Direttore/Responsabile del reparto di ricovero è tenuto a dare debita informativa al Direttore del Dipartimento/Presidio, chiedendo esplicito intervento per la risoluzione della criticità riscontrata.

Responsabilità del Direttore di Dipartimento/Presidio

Il Direttore del Presidio/Dipartimento è tenuto a monitorare il RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA per il proprio Presidio/Dipartimento consultando il sistema di prenotazione, verificando periodicamente la garanzia dei tempi per ciascun paziente prenotato nelle unità organizzative. afferenti al proprio Presidio/Dipartimento e intervenendo nei casi di criticità segnalati dai Direttori/Responsabili di unità organizzativa.

In caso di superamento del tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità clinica attribuito, il Direttore del Presidio/Dipartimento è tenuto a verificare le motivazioni e/o le problematiche che compromettono il rispetto dei tempi e intervenire per il superamento delle stesse. In caso di problematiche non risolvibili a livello di Presidio/Dipartimento, il Direttore del Presidio/Dipartimento é tenuto a dare debita informativa al Direttore sanitario, chiedendo esplicito intervento per la risoluzione della criticità riscontrata.

PROCEDURA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI NELLE STRUTTURE SANITARIE E CORRETTA TENUTA DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

La Direzione aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende/Sistema di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o UU.OO.

La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

Procedura di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati in ottica di rete

Il D.M. n. 70/2015, all'art. 1 comma 5 lettera d) indica alle regioni di *“assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti*



delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;”.

Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti).

A tal fine la procedura di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati deve concorrere ad attuare tali indirizzi, favorendo la centralizzazione dei ricoveri programmati, con particolare riferimento ai ricoveri chirurgici e interventistici, nei poli accreditati per le specifiche procedure nell'ambito della rete regionale e provinciale.

Al fine di incrementare l'accessibilità all'SSN sono state date indicazione per gli accordi di rete e sinergie tra le aziende sanitarie.

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, a fronte di specifici accordi o protocolli definiti, deve essere proposto al paziente una valida ed equivalente alternativa di ricovero all'interno della rete ospedaliera, prioritariamente nel territorio di ambito ASL.

È indispensabile la puntuale documentazione dei passaggi procedurali e la formalizzazione della scelta effettuata dal paziente.

INDICATORI E PROCEDURA DI MONITORAGGIO

In una prima fase di attuazione delle presenti Linee di Indirizzo, saranno monitorati i seguenti indicatori:

Indicatori organizzativo-procedurali

- Adozione formale della Procedura aziendale di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione in tutte le aziende del SSR;
- Identificazione, nell'ambito della Procedura aziendale, dei livelli di responsabilità;
- Adozione di un regolamento per la formulazione e la gestione della lista di presa in carico;
- Adozione di accordi fra Aziende per la gestione dei ricoveri programmati in un'ottica di rete;
- Incremento dell'utilizzo di agende di ricovero uniche per dipartimento, presidio o unità organizzative;
- Incremento dell'utilizzo di agende di ricovero anche per ricoveri medici programmati;
- Indicatori di performances;
- Indicatori di corretto utilizzo della lista d'attesa:
 - Numero di ricoveri programmati non transitati sul sistema di prenotazione.

PUBBLICAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

Le Aziende da normativa sono tenute alla pubblicazione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmato.

Il Tempo di attesa che intercorre tra la data di registrazione della proposta di ricovero ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital).

