



ALLEGATO 1

**Linee di indirizzo
per il percorso chirurgico
nella Regione Piemonte**

**Direzione Sanità
Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari**

Dicembre 2023

Sommario

1. 4	
2. Redazione.....	4
3. Destinatari e lista distribuzione	4
4. Gruppo di lavoro e coordinamento.....	5
5	
5	
5. Finalità	6
6. Glossario e terminologia	6
7. Analisi del contesto	9
8. Riferimenti normativi e scientifici.....	10
9. Governance del percorso chirurgico	11
14	
15	
15	
16	
10. Criteri di ingresso nel percorso	14
17	
17	
21	
22	
22	
11. Descrizione dello sviluppo complessivo del percorso chirurgico.....	19
24	
25	
26	
26	
27	
27	
28	
12. Gestione del percorso chirurgico	23
28	
34	
35	

36	
37	
37	
40	
40	
Controllo	
13. Rappresentazione in forma sintetica del percorso	33
14. Definizione dei percorsi aziendali, diffusione ed implementazione	34
15. Monitoraggio, verifica dell'applicazione ed indicatori	34
16. Piano di miglioramento	35
17. Archiviazione	36
18. Aggiornamento.....	36
19. Valutazione di qualità e di impatto del percorso	36
20. Riferimenti generali	36
21. Allegati	37
48	
51	
56	

Errore. Il segnalibro non è definito.

1. Introduzione e presentazione del documento

La chirurgia è certamente una delle attività più complesse dal punto di vista tecnico ed organizzativo in ambito ospedaliero; costituisce elemento caratterizzante e di alto valore di una struttura sanitaria, rappresentando uno dei centri di costo e di produzione più rilevanti e con impatto anche per quanto riguarda la sicurezza per il paziente.

Fornire una risposta ai bisogni di salute dei cittadini, nel rispetto da un lato dei principi fondanti il SSR e dall'altro della sostenibilità organizzativa ed economica, rappresenta allo stato attuale un obiettivo non più rinviabile, da perseguire attraverso il bilanciamento tra la domanda di salute dei cittadini (intesa come lista di attesa per ricovero chirurgico) e la capacità produttiva del sistema (intesa come numero di prestazioni erogabili in funzione delle risorse disponibili e performance del blocco operatorio).

La gestione del percorso chirurgico deve essere vista nella prospettiva del governo clinico ed assistenziale, attraverso un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari avendo come elemento fondante il miglioramento dell'accessibilità, efficienza e sicurezza e ponendo al centro i bisogni degli utenti

Al fine di dare attuazione alle linee guida ministeriali, con D.D. 2684 del 29.12 2022 sono state definite nella Regione Piemonte le "Linee di indirizzo regionali sul Regolamento per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati". Il documento oltre ad aver recepito le linee guida ministeriali per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-Cov-2, ha anticipato alcune delle indicazioni previste dallo schema di Accordo Stato - Regioni del 7.8.2023 "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione".

Con il presente documento si integrano i contenuti della determinazione in argomento, definendo le linee di indirizzo per una gestione accessibile efficiente, e sicura del Percorso chirurgico, identificando quindi un approccio globale attraverso logiche integrate di programmazione, gestione e valutazione dei servizi.

In tale ambito, con la nota prot. 9530 del 02.11.2023, è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie il manuale metodologico sulle "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei PSDTA", ponendo anche le basi per le attività di formazione in tale ambito.

Peraltro i Percorsi devono essere coerenti con la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, compatibili con l'assetto strutturale e organizzativo e sostenibili per quanto riguarda le risorse e le ricadute economiche.

2. Redazione

Il committente delle presenti linee di indirizzo è l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte – Direzione Sanità.

Data di stesura del primo documento	Novembre 2023
-------------------------------------	---------------

3. Destinatari e lista distribuzione

Il documento viene trasmesso ai destinatari e ai professionisti coinvolti nel Percorso chirurgico, secondo la seguente lista di distribuzione.

Aziende Sanitarie
Direttori e responsabili delle funzioni interessate
Medici specialisti
Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
Società scientifiche
Associazioni di riferimento per patologia
Istituzioni
Altri stakeholder di interesse

4. Gruppo di lavoro e coordinamento

Il gruppo di lavoro che ha collaborato alla stesura del presente Documento è il seguente:

Coordinamento Gruppo di lavoro

Franco	Ripa	Direzione Sanità - Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
--------	------	-------------------------------------------------------------

Componenti Gruppo di Lavoro

Anna	Orlando	Direzione Sanità - Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
Mirella	Angaramo	Direzione Sanità - Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
Paolo	De Paolis	Commissione regionale per il recupero e contenimento Liste Attesa
Virginio	Giordanello	Controllo di gestione ASL CN2

Giovanna	Perino	IRES Piemonte
Sara	Macagno	IRES Piemonte
Federico	Della Croce di Dojola	Politecnico di Torino – DIGEP per IRES Piemonte
Fabio	Salassa	Politecnico di Torino – DIGEP per IRES Piemonte
		Gruppo Tecnico CSI

Hanno partecipato ai lavori preparatori i RUA delle Aziende Sanitarie Regionali.

5. Finalità

La finalità del presente documento è di fornire linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per quanto riguarda:

- il miglioramento del percorso chirurgico: il percorso è uno strumento per definire con chiarezza gli obiettivi, le fasi e gli ambiti di intervento, i ruoli e le modalità di valutazione e di miglioramento dell'accessibilità, efficienza e sicurezza dei processi;
- il contenimento delle liste di attesa: costruzione di procedure univoche di inserimento dei pazienti in lista di attesa, attraverso l'istituzione di uno specifico sistema di classificazione dei casi (nomenclatore unico) e la definizione di un set di informazioni minime obbligatorie, coerenti con quanto prevista dal PNGLA e dunque utili al fine di conoscere in tempo reale lo stato delle liste di attesa;
- il governo della efficienza della capacità produttiva: dal momento dell'inserimento della persona in lista di attesa, passando per il ricovero e la sala operatoria, fino alla sua dimissione dalla struttura sanitaria;
- la sicurezza dei pazienti: mitigazione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza connessi all'attività chirurgica;
- il monitoraggio: definizione e sviluppo di un sistema informativo di indicatori e report al fine delle attività di audit a livello aziendale e regionale, in funzione delle azioni di adeguamento agli standard e di miglioramento.

In questo contesto assumono rilievo strategico i requisiti di appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi sanitari, che rappresentano, insieme, un obiettivo e uno strumento per offrire ai cittadini servizi sanitari efficaci e sostenibili.

6. Glossario e terminologia

Linee guida (LG)

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine le linee guida (LG) sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti (e manager, NdA) nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA/PSDTA)	Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto (PNGLA 2012-2014). Il Percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziali (PSDTA) rafforza il concetto sull'attenzione agli aspetti della prevenzione e della presa in carico proattiva della persona assistita.
Appropriatezza:	Definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi; per appropriatezza clinica si intende l'utilizzo di un intervento sanitario efficace in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche, mentre per appropriatezza organizzativa si intende l'erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con la complessità dell'intervento e con le caratteristiche cliniche del paziente
Audit assistenziale clinico	È un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002).
Interventi chirurgici	Le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore.
Intervento in elezione o programmato	È una specifica dell'intervento chirurgico che contraddistingue la modalità di accesso all'intervento tramite lo scorrimento della lista di programmazione in base al tempo di inserimento ed alla priorità assegnata all'intervento.

Intervento in urgenza	È una specifica dell'intervento chirurgico che contraddistingue la modalità di accesso all'intervento con procedura di urgenza e quindi senza rispettare lo scorrimento della lista di programmazione.
Day surgery	Rappresenta la modalità clinico-organizzativa per effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, loco-regionale o locale. Nell'ambito delle attività di day surgery, come indicato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1°Agosto 2002 "Linee guida per le attività di day surgery", il Servizio sanitario nazionale garantisce l'esecuzione programmata di interventi chirurgici o di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive che, per complessità di esecuzione, durata, rischi di complicanze e condizioni del paziente, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di una osservazione post-operatoria prolungata e, comunque, senza osservazione notturna (vengono anche ricompresi i ricoveri con DRG chirurgico in One Day Surgery con pernottamento). Sono garantite inoltre le prestazioni propedeutiche e successive all'intervento/procedura, oltre che l'assistenza medico-infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione. La funzione è stata regolamentata dalla DGR 28 dicembre 2006, n. 71-5059 "Modifiche e integrazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell'11.06.2001". Le linee di indirizzo hanno sostituito le precedenti approvate con la D.G.R. 57 - 3226 del 11.6.2001 e integrano i due precedenti provvedimenti regionali sulla Day Surgery: la D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000 e la D.G.R. n. 82-1597 del 5.12.2000 a cui si rimanda per gli altri aspetti peculiari (requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture, protocolli per la gestione delle complicanze e delle emergenze, ecc.)
Week surgery	La Week Surgery si configura come un modello organizzativo per l'attività di chirurgia elettiva, di bassa-media complessità, rivolto a pazienti non complicati, attraverso il quale una efficiente organizzazione rende possibile l'erogazione di prestazioni nel modo più appropriato, che non richiede una degenza in ospedale superiore ai 5 giorni. Attualmente solo alcune strutture di ricovero pubbliche sono autorizzate ad utilizzare il codice disciplina 04 – week surgery, codice disciplina a valenza unicamente regionale.

Chirurgia ambulatoriale semplice	<p>La chirurgia ambulatoriale semplice consente l'effettuazione di determinati interventi che per la loro modesta complessità possono essere attuati in regime ambulatoriale e non necessitano, in linea di massima, di esami di laboratorio o strumentali né dell'assistenza dell'anestesista. Il D.M. 70/2015 definisce tale attività come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), su pazienti accuratamente selezionati, comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e tronculare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze. Le strutture che svolgono l'attività di "chirurgia ambulatoriale semplice" possono erogare esclusivamente le prestazioni contenute nel Nomenclatore dell'Assistenza specialistica ambulatoriale non contrassegnate dalla lettera "H".</p>
Chirurgia ambulatoriale complessa	<p>La chirurgia ambulatoriale complessa si differenzia da quella semplice in quanto è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che non richiedono il ricovero e che, però, possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o loco regionale, anche di vari gradi di sedazione, prevedendo il coinvolgimento diretto o la presenza nella struttura dello specialista in anestesia.</p>
Tipologia di interventi chirurgici	<p>La classificazione del Ministero della Salute identifica tre tipologie di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo I: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti • Tipo II Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo • Tipo III: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità
Tempo di attesa	<p>Periodo temporale espresso in giorni che va dall'inserimento in lista di attesa (data di prenotazione) alla data di ammissione (data di ricovero). Il PNGLA individua in particolare 17 interventi oggetto di monitoraggio.</p>
Data di prenotazione del ricovero	<p>Corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui il professionista previsto dalla struttura, di solito lo specialista del reparto, conferma la necessità di ricovero e provvede contestualmente all'inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione.</p>

7. Analisi del contesto

L'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita.

La programmazione regionale garantisce la funzione di indirizzo nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO/AOU), nonché delle altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogazione.

Secondo i dati del Ministero della salute la produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate a livello nazionale negli anni 2019-2020, anche in relazione alla pandemia da COVID 19, ha subito una riduzione a livello nazionale di circa il 20%. In particolare, il numero totale di ricoveri è diminuito di circa 1 milione e mezzo nel 2020 rispetto al 2019.

L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie nella Regione Piemonte sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

Il modello della rete sanitaria e sociosanitaria prevede l'organizzazione in aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino, ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S. Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S. Croce e Carle di Cuneo;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

Nello specifico l'attuale rete sanitaria di erogazione è così configurata:

- 12 Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- l'Azienda Zero, costituita con D.P.G.R. n. 9 del 18.02.2022, ai sensi e per gli effetti della citata legge regionale 26 ottobre 2021, n. 26;
- 3 Aziende Ospedaliere e 3 Aziende Ospedaliere Universitarie;
- i Distretti;
- i Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Igiene e Sanità Pubblica;
- gli Ospedali a gestione diretta ed ex Sperimentazioni Gestionali;
- gli IRCCS;
- le Case di Cura private;
- gli Istituti qualificati presidi delle ASL

8. Riferimenti normativi e scientifici

La ricerca delle fonti normative e scientifiche relative al presente Percorso, ha lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un Percorso ideale che serva da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del Percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio.

- Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. Ministero della Salute, 2009;
- Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza;
- 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". Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020;
- Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2. Documento Ministero della Salute, gennaio 2022;
- Recupero prestazioni chirurgiche a seguito a seguito della pandemia da virus SARS-COV2. Documento Ministero della Salute, gennaio 2022;
- Accordo Stato - Regioni del 7.8.2023 "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione";
- Piano nazionale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Ministero della Salute;
- DGR 9 dicembre 2003, n. 23-11243. D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.2000. Modificazioni ed integrazioni alle disposizioni attuative di cui alla DGR 5 dicembre 2000, n.82-1597 riguardanti l'autorizzazione e l'accreditamento dell'attività di day surgery;
- DGR 29 Giugno 2009, n. 26-11674. Sperimentazione dell'organizzazione dell'attività di degenza chirurgica su cinque giorni (week surgery) nei presidi ospedalieri a diretta gestione delle ASR.
- DGR 16 maggio 2016, n. 35-3310. Disciplina della Chirurgia Ambulatoriale Complessa. Individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'attività e modalità applicative;
- DGR 11 gennaio 2019, n. 23-8286 Nuove linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Piemonte. Modificazioni ed integrazioni DGR 11 novembre 2013, n.35-6651 e DGR 20 luglio 2015 n. 118-1875. Approvazione Piano Annuale dei controlli 2019;
- DGR 25 febbraio 2022, n. 14-4699 Riorganizzazione delle attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Modificazioni ed integrazioni DGR 11 novembre 2013 n. 35-6651 e DGR 11 gennaio 2019 n. 23-8286;
- DGR 16 Maggio 2019, n. 110-9017. Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...] e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della DGR 27 marzo 2017, n. 17- 4817;

- DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878 Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della DGR 28 gennaio 2022 n. 48-4605 autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della DGR 22 febbraio 2019 n.38-846 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso.
- DGR 22 maggio 2023 n. 20 – 6920. Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della DGR 28 gennaio 2022, n. 48-4605 e DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878.

9. Governance del percorso chirurgico

La governance del percorso chirurgico si caratterizza su alcuni requisiti di base:

- la Direzione aziendale deve guidare tutte le fasi del processo;
- dalla Direzione aziendale deve iniziare il coinvolgimento dei professionisti;
- le figure professionali devono essere valorizzate in funzione delle capacità e competenze, per il raggiungimento degli obiettivi, privilegiando la multidisciplinarietà e la multi professionalità.

La Direzione aziendale, responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali e del rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in merito all'erogazione di prestazioni chirurgiche, rimarcando l'approccio per processi integrati deve identificare una struttura chiara di responsabilità all'interno dell'Azienda.

In ogni Azienda sanitaria è necessario siano identificati, nell'ambito dei professionisti già operativi, i seguenti livelli di governo del processo:

- gruppo strategico
- gruppo di programmazione
- gruppo operativo

Gruppo Strategico

L'individuazione di un gruppo strategico, il cui mandato è di formulare la strategia chirurgica aziendale in accordo con la direzione aziendale, risponde alla necessità di assegnare una chiara responsabilità in merito al raggiungimento dell'obiettivo complessivo della riorganizzazione.

Il gruppo strategico dovrà quindi garantire che siano recepite le indicazioni nazionali e regionali trasferendole con gli appropriati adeguamenti all'organizzazione, definire i tempi di attuazione e mantenere sotto controllo le risorse e gli investimenti necessari

Il gruppo rappresenta inoltre il collegamento tra la direzione aziendale e il gruppo di programmazione; tale collegamento deve essere efficiente senza costituire un allungamento e un appesantimento della gestione ed efficace nel rendere ciascuna delle componenti aziendali costantemente aggiornato sullo sviluppo del processo.

Il gruppo deve essere multidisciplinare è 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.

Gruppo di Programmazione

Attivato sempre dalla direzione aziendale in accordo con il gruppo strategico ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dal gruppo strategico. Separa i flussi chirurgici sviluppa pianificazione 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 controlla le funzioni di gestione operativa delle piattaforme produttive coinvolgendo trasversalmente i responsabili di settore; si pone l'obiettivo di prendere in esame in modo collegiale e di condividere le attività le criticità e quindi di proporre le prime soluzioni con una visione allargata valutandone l'impatto.

Il gruppo di programmazione deve essere multiprofessionale è costituito da figure esperte nel settore con competenze specifiche di tipo organizzativo avanzate che possano declinare progetti pluriennali di revisione fine dell'organizzazione del flusso e dei processi di lavoro in sala operatoria.

Gruppo operativo

Il gruppo operativo è nominato dai responsabili aziendali di sala operatoria definiti formalmente all'interno dell'organizzazione; è costituito da due o più professionisti di formazione medico-chirurgica oppure infermieristica a seconda del contesto e del numero di sale operatorie. Ha la responsabilità operativa nell'ambito dell'organizzazione dei comparti operatori e in particolare della risoluzione e della gestione delle criticità giornaliere.

Il gruppo operativo costituisce la base per coinvolgere tutto il personale del blocco operatorio e delle altre piattaforme che intervengono nel percorso chirurgico e nelle azioni di miglioramento.

La funzione di Responsabile Unico Aziendale (RUA)

Come riportato nell'nelle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2. Documento Ministero della Salute, gennaio 2022" La funzione del Responsabile Unico Aziendale (RUA) nell'ambito dei [cosa?] 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 dovrà predisporre 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, avrà la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa.

A tal fine dovrà vigilare 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 definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali e correnti con il PNGLA; la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private

accreditate, al superamento delle criticità in materia di liste di attesa. Le funzioni andranno specificate, restando comunque ferma la possibilità che le direzioni generali agiscano direttamente su dinamiche particolarmente critiche. Prospettivamente il RUA dovrà definire interventi, anche formativi, che garantiscano 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.

Centralizzazione

Il *governo delle liste di attesa* ed il *governo del percorso chirurgico* devono essere centralizzati, preferibilmente a livello aziendale o per lo meno a livello di struttura di ricovero, e coerenti, con l'intento 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.

Assumono particolare rilievo in questo ambito gli aspetti di gestione e programmazione complessiva che devono garantire una visione corretta ed equa dei fenomeni.

Inoltre, la centralizzazione garantisce di poter identificare modalità uniformi dei comportamenti interni dei professionisti e dunque di conseguenza anche dei comportamenti verso i cittadini, garantendo omogeneità nelle procedure di inserimento in lista di attesa e della successiva gestione dei pazienti assicurando ad essi omogeneità di accesso alle informazioni secondo i criteri di trasparenza del PNGLA.

Pianificazione e programmazione delle attività

L'equilibrio tra la domanda in lista di attesa e la capacità produttiva deve essere ricercato in maniera dinamica, attraverso un bilanciamento delle risorse in ogni fase del percorso chirurgico garantito dalla *Direzione Aziendale Operativa* ed un coordinamento di programmazione e pianificazione in grado di rispondere al modificarsi dei bisogni di salute dei cittadini e alle condizioni di contesto esterno che possono influire sull'erogazione dei servizi sanitari.

La conoscenza oggettiva del percorso chirurgico e l'approccio per processi consentono di valutare la propria domanda di lista di attesa e la capacità produttiva disponibile in termini di spazi e risorse e di definire i piani di attività atti a garantire l'accesso alle cure in sicurezza ai cittadini per i quali l'intervento chirurgico non possa essere procrastinato.

La rimodulazione del rapporto tra la domanda di lista di attesa e la capacità produttiva deve essere gestita in maniera flessibile, definendo i principi di programmazione dell'attività chirurgica e fornendo le indicazioni volte a ridurre i rischi nel percorso dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici e di tutti gli operatori sanitari coinvolti.

Per quanto detto, influiranno sulla pianificazione e programmazione delle attività:

- il livello di produzione storico di un ospedale o di una certa area;
- le caratteristiche dinamiche della popolazione;
- le strutture, le tecnologie e il personale disponibili;
- le scelte riguardanti il posizionamento strategico del Presidio ospedaliero e la distribuzione delle specialistiche nella rete ospedaliera.

L'elemento di partenza è l'analisi della domanda storica; è inoltre possibile la costruzione di stime della domanda futura mediante strumenti specifici. Questo consente la determinazione per ciascun presidio ospedaliero dei volumi di produzione e delle tipologie di casistica da trattare da parte delle diverse unità eroganti e dalle strutture private

accreditate convenzionate, tenendo conto anche dei volumi-soglia stabiliti a livello regionale e nazionale.

Come per tutti i processi produttivi anche per il processo chirurgico è possibile effettuare un'analisi estimativa dell'andamento nel tempo della domanda (stima dei nuovi ingressi in lista di attesa per disciplina, stima dei casi da PS) che tenga conto della variabilità in modo da poter consequenzialmente effettuare una corretta pianificazione strategica. L'analisi della domanda deve essere stratificata per Ospedale, disciplina, regime di ricovero, complessità e classe di priorità.

Il livello decisionale con obiettivi a medio termine, generalmente annuali, si estrinseca mediante la distribuzione del tempo complessivo disponibile per ogni sala operatoria tra le diverse unità eroganti di ciascun stabilimento ospedaliero, tenuto conto dei piani di riduzione per periodi specifici, manutenzione o adeguamento tecnico e impiantistico, gestione del personale, ecc.

Analogamente alla gestione dell'attività dei ricoveri, la definizione degli spazi ambulatoriali e dei servizi richiede una programmazione che si sviluppa su diversi livelli.

Generalmente con cadenza annuale, vengono stabiliti dalla Direzione aziendale avvalendosi dei Dipartimenti interessati i volumi di produzione ed il tipo di casistica ambulatoriale da trattare dalle diverse unità eroganti.

Si delinea quindi la strutturazione delle agende con un orizzonte temporale annuale, assicurando il corretto sequenziamento delle attività programmate per garantire la massimizzazione dell'utilizzo delle risorse dedicate nel rispetto dei vincoli delle stesse.

Regolamento di Sala Operatoria

Il *regolamento di sala operatoria* è documento fondante per una corretta e trasparente gestione del blocco operatorio e deve essere redatto dal livello Aziendale (pubblico o privato accreditato) alla luce dei principi del *manuale per la sicurezza in sala operatoria*. Il *regolamento di sala operatoria* ha lo scopo di identificare le regole 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.

Il regolamento di sala operatoria deve prevedere, tra l'altro, le seguenti sezioni:

- funzionamento;
- responsabilità;
- organizzazione del lavoro e gestione della sala operatoria;
- monitoraggio.

Il regolamento di sala operatoria deve essere un documento aziendale emanato e vigilato dalla direzione sanitaria.

10. Criteri di ingresso nel percorso

Il percorso chirurgico prende avvio quando viene effettuata una visita specialistica chirurgica, che esita in una diagnosi che pone indicazione clinica ad intervento chirurgico,

valutate le condizioni generali del paziente, le sue risorse (personali e della rete familiare e dei caregiver) nonché la situazione clinico-assistenziale e sociale.

La proposta di intervento chirurgico deve essere redatta solo quando il bisogno del trattamento chirurgico è "reale": implica, infatti, il completamento delle valutazioni preliminari necessarie all'identificazione del trattamento chirurgico quale terapia appropriata per quel paziente, nonché la valutazione preventiva di eventuali alternative (chirurgiche e non) e la comparazione di potenziali rischi e benefici derivanti dalle stesse. La scelta del trattamento, condivisa con la persona assistita deve essere preceduta da una esaustiva informazione che non può prescindere dalle caratteristiche di chiarezza e valutazione della comprensione da parte della persona assistita.

In tale ambito sono criteri di ingresso i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital: tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione, codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica e codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria coerente.

Monitoraggio della domanda in lista di attesa e dei tempi di attesa

Il monitoraggio della domanda di interventi chirurgici programmati e dei tempi di attesa (liste di attesa) avviene sulla base di un sistema condiviso di classificazione della casistica, di sistemi informativi a supporto e di regole note, per consentire un controllo in tempo reale e continuo, da parte dell'azienda o della struttura di ricovero, della entità della domanda e dello stato delle liste di attesa. La classificazione deve essere fatta per classi di priorità e per classi di complessità, utilizzando i codici diagnosi e intervento ICD9CM per definire i singoli casi.

Per monitorare lo stato della domanda e dell'offerta ci si avvarrà, in una prima fase, di un flusso informativo ad hoc alimentato dalle strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate, anche in considerazione della necessità di evitare che uno stesso paziente sia prenotato in due liste in strutture differenti per lo stesso problema clinico.

Gestione dell'accesso ai ricoveri programmati

Nelle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-Cov-2" emesse dal Ministero della Salute è stabilito 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."

Nell'allegato 5 del documento ministeriale è indicato chiaramente che, riguardo la macroarea "governo delle liste di attesa" e al fine di realizzare un sistema integrato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, si dovranno garantire l'adozione di strumenti di classificazione degli interventi in lista d'attesa (es. "nomenclatore unico") e l'introduzione di metodi tecnico-organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativi) tali da consentire:

- uniformità delle modalità di gestione delle liste di attesa
- diffusione e utilizzo degli strumenti informatici per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato

- monitoraggio prospettico per consentire interventi mirati e tempestivi laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa
- integrazione con i sistemi-applicativi che gestiscono la programmazione delle sale operatorie
- programmazione dell'assegnazione delle risorse sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa
- pulizia e verifica delle liste di attesa
- garanzia di una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista.

È indispensabile quindi che le strutture di ricovero predispongano 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.

Al fine di dare attuazione alle linee guida ministeriali, con la D. D. 2684 del 29.12.2022 sono state definite le "Linee di indirizzo regionali sul Regolamento per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati".

Il documento oltre ad aver recepito le linee guida ministeriali per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-Cov-2, ha anticipato alcune delle indicazioni previste dallo schema di Accordo Stato - Regioni del 7.8.2023 "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione".

In tale ambito si precisa che la richiesta del ricovero deve produrre il ricovero dell'assistito con un tempo di attesa determinato dalla classe di priorità assegnata al momento in cui è stata rilevata l'indicazione e alla capacità di risposta del presidio di riferimento.

Il percorso solitamente inizia con il paziente che espone al suo medico un problema di salute per il quale il medico lo invia a uno specialista per valutazione oppure eventualmente dopo alcuni accertamenti preliminari, propone direttamente il ricovero.

Dal punto di vista processuale, il percorso può essere così descritto: il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta prescrive il ricovero su ricettario regionale, su suggerimento o meno di uno specialista territoriale o ospedaliero, indicando il tipo di ricovero, il quesito clinico, la classe di priorità, l'eventuale necessità di intervento chirurgico.

Lo specialista di fatto è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto, nonché del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera e può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi valutati nel corso della visita filtro.

Lo specialista, che valuta la proposta di ricovero, garantisce l'inserimento del paziente in lista di attesa, potendo prevedere una fase di approfondimento diagnostico o la necessità di terapie adiuvanti.

Qualora la proposta di ricovero sia redatta da uno specialista operante in una struttura diversa da quella cui si rivolge il paziente per prenotare l'intervento, o se la proposta è redatta dal MMG-PLS, ed è necessario che lo specialista della struttura rivaluti il paziente

per confermare l'indicazione all'intervento, l'operabilità e la fattibilità presso tale struttura di ricovero, per registrare nel flusso delle prestazioni ambulatoriali tale visita saranno predisposti un apposito codice catalogo ed uno specifico codice esenzione.

Nella fase di inserimento in lista è possibile che la fase diagnostica non sia ancora completata e quindi non siano 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 di valutazione prima dell'intervento.

Per tali circostanze è possibile inserire il paziente in una lista di prese in carico, a valle della quale sarà confermata o disconfermata l'indicazione al ricovero.

L'inserimento in lista di attesa (data di prenotazione) deve coincidere con il momento in cui viene convalidata l'indicazione al ricovero e cioè quando il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto a 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 prericovero, nonché tutte le coordinate per potersi informare telefonicamente o di persona presso il reparto in cui è stato prenotato.

Lo specialista è tenuto ad assegnare al paziente un attributo di priorità alla luce delle valutazioni cliniche (dolore, disfunzioni, disabilità) e prognostiche.

Le Classi di priorità previste nel [Piano nazionale di governo delle liste di attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#) sono le seguenti:

- **Classe A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe 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 da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe 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;
- **Classe 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.

L'attribuzione della classe di priorità è un giudizio ed un atto clinico e non è influenzato dalla capacità di offerta della struttura ospedaliera.

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive, in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso.

All'atto dell'inserimento in lista, lo specialista che ha indicato il ricovero e che ha inserito il paziente in lista di attesa, rilascerà a quest'ultimo una stampa dell'avvenuto inserimento con i contenuti informativi inerenti al paziente ricovero.

Nei casi in cui, all'atto dell'inserimento del paziente in lista di attesa non sia possibile comunicare al paziente la data di ricovero, certa o probabile, si raccomanda di fornire al paziente l'indicazione di massima del tempo di attesa previsto.

Si raccomanda che ciascuna Azienda o struttura di ricovero adotti un piano di comunicazione, con particolare riferimento all'accessibilità dell'offerta e alle regole di tutela dell'equità e trasparenza.

La lista di attesa si compone dell'elenco dei pazienti prenotati, ciascuno dei quali occupa un record sul sistema di prenotazione. Dal record devono essere evidenti, la data di prenotazione, il regime di ricovero la classe di priorità, la diagnosi e la procedura attesa.

Ai fini di una codifica uniforme degli interventi inseriti in lista di attesa è stato predisposto e inviato alle ASR un nomenclatore unico e relativa matrice di correlazione sulla scorta della casistica regionale a partire dall'anno 2017, prendendo in considerazione la diagnosi principale e l'intervento che ha determinato l'attribuzione del Diagnosis Related Groups (DRG, raggruppamenti omogenei di diagnosi)

Questa nuova matrice di correlazione contiene 29.116 record e riassume tutta la casistica trattata in regione Piemonte in cinque anni. Per agevolare la ricerca dei codici diagnosi e intervento in fase di prenotazione sono state aggiunte le categorie ACC (Aggregati Clinici di Codici) rispettivamente delle diagnosi e degli interventi, in modo da ottenere facilmente, agendo sui filtri, i codici diagnosi e intervento da inserire nella lista di attesa e risalire al DRG e alla sua classe di complessità.

I codici ICD-9-CM diagnosi e intervento da inserire nella lista di attesa devono essere scelti in base alla diagnosi e all'intervento più probabili al momento dell'inserimento in lista.

In previsione dell'allestimento di un sistema regionale centralizzato per la registrazione delle prenotazioni per i ricoveri programmati, nell'allegato 1 si definiscono i contenuti informativi minimi in base ai quali le strutture di ricovero, pubbliche e private, possono iniziare progressivamente a uniformare le proprie agende informatizzate. Ciò che interessa rilevare è l'evoluzione di ciascuna "prenotazione", dal momento iniziale dell'inserimento sino all'uscita dalla lista, causa avvenuto ricovero o annullamento dello stesso, in modo da poter raccogliere gli elementi necessari per un calcolo dei tempi di attesa che tenga conto della priorità, del nome di lista, della eventuale presenza di giorni di rinvio o di non idoneità. Tali informazioni sono da raccogliere preferibilmente in modo automatizzato, con campi già preesistenti al fine di favorire la raccolta delle informazioni.

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

Il responsabile della struttura garantisce che l'indicazione della data prevista per il ricovero e di conseguenza la data di convocazione derivi dalla considerazione di livello di priorità clinica, ordine cronologico di iscrizione in lista, risorse necessarie. [confusione di significati tra convocazione e chiamata]

Lo score deve essere in grado di coniugare sia l'aspetto di urgenza sia l'aspetto temporale garantisce una maggiore equità in quanto i pazienti vengono ordinati non solo sulla base dell'urgenza. ma anche al tempo di attesa maturato.

Dunque, a parità di priorità clinica, sarà convocato al ricovero il paziente, iscritto per primo in lista di attesa e a parità di data di iscrizione in lista, sarà convocato al ricovero il paziente con più alta priorità.

Lo specialista, al momento dell'iscrizione in lista oppure il medico del reparto titolato a stabilire la data del ricovero, indicherà la data di convocazione (data in cui il paziente dovrà presentarsi per essere ricoverato), ovvero in caso di ricovero chirurgico con prericovero la data di inizio del percorso di preospedalizzazione.

Il medico o il personale incaricato contatteranno quindi il paziente al numero da questi rilasciato al momento della prenotazione e comunicheranno la data di convocazione. Il paziente potrà accettare la data proposta, rifiutare temporaneamente la data proposta o non rendersi rintracciabile alla telefonata, rifiutare la data proposta ma accettarne una successiva.

Si ricorda che il prericovero rappresenta una tappa intermedia tra il momento dell'inserimento in lista e il momento di reale trattamento del paziente. Pertanto, la data di effettuazione del prericovero non viene valutata ai fini del monitoraggio del tempo di attesa che andrà sempre riferito alla data del ricovero.

Data ricovero prevista

Il paziente ha il diritto di sapere all'incirca quando sarà ricoverato; tale data è peraltro influenzata non solo da fattori di tipo clinico, ma anche di tipo organizzativo sia dell'azienda (accuratezza del database delle liste d'attesa, policy di assegnazione degli slot di sala operatoria alle singole specialità, impatto degli interventi d'urgenza quali, ad es., le urgenze differite, sugli slot operatori allocati per interventi elettivi) sia inter-aziendale.

Si può però stimare una data presunta di ricovero, specialità per specialità, sulla scorta della serie storica di ciascuna struttura su un arco temporale rappresentativo e utile per fornire una previsione attendibile. In base al grado di informatizzazione della singola struttura di ricovero, si ipotizzano una metodica più semplice, basata sul flusso SDO e alla portata di tutti, ed una metodica più sofisticata che tiene conto della disponibilità delle sale operatorie.

Calcolo basato sul flusso SDO

Il calcolo della data presunta di ricovero presuppone che, per un arco di tempo significativo per la struttura di ricovero o per il singolo reparto di ricovero, sia calcolata l'attesa media per classe di complessità e classe di priorità, in base alla matrice di correlazione regionale, elementi da utilizzare anche per l'assegnazione dello *score*.

La somma della data di prenotazione (inserimento in lista di attesa) con l'attesa media espressa in giorni, trovata come detto sopra, consente di calcolare una data presunta di ricovero. Tale data dovrà essere anche inserita nel flusso informativo verso la Regione.

Calcolo basato sulla risorsa sala operatoria

Il calcolo della data presumibile di ricovero basato sulla risorsa "sala operatoria" prevede la disponibilità dei seguenti parametri:

- il numero medio di slot elettivi settimanali assegnati alla specialità i denominato SE_i
- il numero medio di interventi elettivi per slot della specialità i per classi di priorità j denominato $IE_{i,j}$
- la percentuale di interventi elettivi della specialità i per classe di priorità j che erano in lista d'attesa all'inizio dell'arco temporale considerato e che si sono effettivamente svolti in tale arco di tempo denominata $PERC_{i,j}$
- la posizione nella lista d'attesa dell'intervento considerato della specialità i sulla classe di priorità j denominata $POS_{i,j}$.

Una stima del numero di settimane di attesa NSA dell'intervento considerato è rappresentata dall'espressione

$$NSA = \frac{POS_{i,j} \times PERC_{i,j}}{SE_i \times IE_{i,j} \times 100}$$

Se quindi, ad una certa data, un paziente in classe A fosse il 30-esimo in lista di attesa (fra gli interventi in classe A) per una specialità che ha 5 slot operatori in media alla settimana, che fa mediamente 3 interventi in classe A per slot e supponendo che la percentuale di interventi in classe A di quella specialità che vengono effettivamente svolti fosse dell'80%, allora l'attesa stimata sarebbe

$$NSA = \frac{30 \times 80}{5 \times 3 \times 100} = 1,6 \text{ settimane}$$

Per ottenere una data, il numero delle settimane dovrà essere convertito in giorni e questi addizionati alla data di prenotazione.

Stato di prenotazione

Sono necessari almeno due transazioni per prenotato:

- la prima per l'inserimento in lista di attesa
- la seconda per l'uscita dalla lista di attesa quando il paziente viene ricoverato.

Gli altri invii (esclusi i casi di cancellazione) possono essere intermedi a questi due per segnalare la posticipazione per vari motivi.

Definizione del setting chirurgico appropriato

In generale vengono considerati due classi di pazienti: elettivi e non elettivi. Sono definiti elettivi tutti coloro che devono subire un intervento che può essere pianificato in anticipo (chirurgia elettiva, programmata), mentre i pazienti che devono sottoporsi ad un intervento inaspettato urgentemente, e quindi non programmabile in anticipo, vengono classificati come non elettivi.

Tra gli interventi non elettivi, invece, è possibile distinguere tra urgenze ed emergenze a seconda della tempestività con cui devono essere eseguiti in base alle condizioni del paziente. Un'emergenza indica che un paziente dev'essere operato il prima possibile, mentre un'urgenza dichiara che un altro paziente è sufficientemente stabile da poter essere operato in seguito, ma sempre posticipando di un breve periodo.

Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della day surgery.

Il gruppo operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e devono essere garantiti percorsi interni differenziati per "sporco" e "pulito" ovvero idonei protocolli di comportamento e confezionamento ermetico che consentano condizioni di sicurezza nei confronti del rischio di contaminazione.

Nell'ambito delle attività di day surgery, come indicato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002 "Linee guida per le attività di day surgery", si identificano:

- a) unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all'interno di un ospedale o di una casa di cura, a carattere generale o chirurgico, esclusivamente

dedicata ai casi di chirurgia di giorno; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie dedicate; locali non in prossimità della degenza.

- b) posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura a carattere generale o chirurgico; è un modello che garantisce tale regime assistenziale anche in ospedali od in case di cura con un volume minore di attività: in questo modello organizzativo i pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.
- c) unità autonoma di day surgery, dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi, ed altri eventuali servizi, indipendenti; tali unità sono dotate di propri locali, mezzi e personale, e quindi sono autonome dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale.

La week surgery si configura come un modello organizzativo per l'attività di chirurgia elettiva, di bassa-media complessità, rivolto a pazienti non complicati, attraverso il quale una efficiente organizzazione rende possibile l'erogazione di prestazioni nel modo più appropriato, che non richiede una degenza in ospedale superiore ai 5 giorni. Con la D.G.R. 29 giugno 2009, n. 26-11674, è stata avviata in via sperimentale la possibilità di attivare reparti di degenza per la week surgery, utilizzando il codice disciplina 04 valido solo in Piemonte, riconvertendo posti di degenza ordinaria già presenti e ponendo alcuni limiti: l'ospedale deve avere almeno 200 posti letto, il reparto di week surgery deve avere almeno 20 posti letto ed il tasso di occupazione deve superare il 75%. Le strutture di ricovero abilitate all'apertura dei reparti di week surgery sono nove: Ospedale SS. Pietro e Paolo di Borgosesia, Ospedale degli infermi di Biella, Ospedale degli infermi di Rivoli, Ospedale civile di Susa, Ospedale civile "E. Agnelli" di Pinerolo Presidio centro ortopedico di quadrante di Omegna, ASOU "S. Luigi" di Orbassano, Centro traumatologico ortopedico di Torino, Ospedale infantile regina Margherita di Torino.

Il D.M. 70/2015 definisce la chirurgia ambulatoriale come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), su pazienti accuratamente selezionati, comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e tronculare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze.

Le strutture che svolgono l'attività di "chirurgia ambulatoriale semplice" possono erogare esclusivamente le prestazioni contenute nel Nomenclatore dell'Assistenza specialistica ambulatoriale non contrassegnate dalla lettera "H". La chirurgia ambulatoriale complessa si differenzia da quella semplice in quanto è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che non richiedono il ricovero e che possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o loco regionale, anche di vari gradi di sedazione, prevedendo il coinvolgimento diretto o la presenza nella struttura dello specialista in anestesia.

11. Descrizione dello sviluppo complessivo del percorso chirurgico

Il Percorso chirurgico, che inizia al momento dell'inserimento del paziente in lista di attesa e si conclude al momento della sua dimissione, si articola nelle seguenti fasi: valutazione chirurgica, presa in carico del paziente ed inserimento in lista di attesa, prericovero, fase intraoperatoria, fase postoperatoria, degenza pre-intervento, intervento chirurgico, degenza post-intervento, dimissione e follow up post-intervento.

Valutazione chirurgica

Al riscontro di una patologia trattabile chirurgicamente lo specialista si trova di fronte a seguenti possibili scenari:

1. non sono necessari ulteriori approfondimenti diagnostici o trattamenti preoperatori;
2. serve un approfondimento diagnostico o un trattamento preoperatorio o entrambi;
3. la patologia è chirurgica, ma le condizioni generali del paziente sconsigliano o proibiscono l'esecuzione di un intervento;
4. il paziente non è disponibile a sottoporsi ad intervento chirurgico;
5. non si ravvedono indicazioni chirurgiche.

Nessuna necessità di approfondimenti diagnostici o trattamenti preoperatori

Nel primo caso, lo specialista propone al paziente l'inserimento in lista di attesa, fornendo ampie ed esaurienti informazioni circa l'intervento, i rischi, il decorso post operatorio durante il ricovero ed in fase di convalescenza.

Necessità di approfondimenti diagnostici o trattamenti preoperatori

Nel secondo caso, se il paziente debitamente informato sulla natura dell'intervento, sui suoi rischi, sul decorso post operatorio, accettati di sottoporsi al trattamento chirurgico, provvede ad attivare il percorso di approfondimento diagnostico o di attuare il necessario trattamento preliminare.

Prescrizione-proposta di ricovero

Nel caso l'intervento chirurgico sia indicato e fattibile, lo specialista SSN (specialista ospedaliero, convenzionato interno o esterno) redige su ricettario SSN la proposta, indicando:

1. la diagnosi certa o presunta abbinata al relativo codice diagnosi ICD9CM;
2. l'intervento chirurgico necessario associato al relativo codice intervento ICD9CM;
3. il regime più appropriato al caso clinico (ordinario, day surgery, ambulatoriale);
4. la classe di priorità.

Tale proposta di ricovero può essere utilizzata dal paziente anche presso un'altra struttura, qualora non sia soddisfatto della data proposta in fase di prenotazione, senza la necessità di ricorrere ad un'altra visita specialistica o al proprio MMG o PLS. Per questo la proposta deve essere redatta su ricettario SSN.

La proposta di intervento chirurgico è redatta su ricettario SSN dal MMG o dal PLS solo nel caso lo specialista sia un professionista privato, non inquadrato nel SSN.

Non operabilità

Lo specialista deve concordare con il paziente ed il proprio MMG-PLS l'iter terapeutico non chirurgico (se esiste) e le modalità di follow-up.

Rifiuto dell'intervento

Lo specialista deve riconsegnare il paziente alle cure del MMG-PLS e rendersi disponibile ad una rivalutazione qualora il paziente riconsideri il rifiuto.

Nessuna indicazione chirurgica

Se lo specialista non ravvede un'indicazione chirurgica, propone al MMG-PLS l'eventuale necessario percorso di cura.

Presa in carico ed inserimento in lista di attesa

Presa in carico

La presa in carico consiste nelle seguenti attività:

- a) verifica dell'appropriatezza dell'indicazione all'intervento;
- b) valutazione della fattibilità dell'intervento nella struttura (es. presenza delle competenze e delle risorse necessarie, terapia intensiva, ecc.);
- c) conferma o rivalutazione della classe di priorità assegnata dallo specialista proponente;
- d) organizzazione dell'iter diagnostico-terapeutico necessario all'effettuazione dell'intervento, compresi eventuali approfondimenti diagnostici o terapie adiuvanti o ancillari;
- e) inserimento della prenotazione nel sistema informatizzato, fornendo al paziente la data presunta di ricovero;
- f) fornitura al paziente di tutte le informazioni organizzative e logistiche necessarie (es. modalità e tempistica degli esami pre-ricovero, spiegazioni sul tipo di intervento, recapiti cui rivolgersi).

Inserimento in lista di attesa o prenotazione

La **data di inserimento in lista di attesa**, altrimenti detta **data di prenotazione**, corrisponde al momento in cui il paziente

1. è nelle effettive condizioni di essere sottoposto a intervento chirurgico, avendo già eseguito tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta definizione dell'indicazione al trattamento chirurgico
2. è registrato nell'agenda di prenotazione dei ricoveri programmati o nell'agenda CUP, in caso sia previsto il regime di erogazione ambulatoriale. È possibile che, in fase di allestimento e riorganizzazione dei sistemi informativi regionali e della singola struttura, per quanto riguarda l'erogazione ambulatoriale, sia necessario ricorrere ad una doppia prenotazione, nel sistema CUP e nell'agenda di prenotazione dei ricoveri, che dovrà essere in grado di gestire informaticamente sia le prenotazioni dei pazienti da trattare in regime di ricovero, sia i pazienti in regime ambulatoriale, specie se nella struttura il processo produttivo degli interventi chirurgici programmati è unico.

La data di prenotazione inserita nell'agenda è la data che deve essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)."

Al momento della prenotazione deve essere fornita al paziente la data presunta di ricovero od una stima di quanti giorni dovrà aspettare. La differenza tra data presunta di ricovero e data di prenotazione espressa in giorni rappresenta il tempo di attesa ex ante oggetto di monitoraggio regionale e nazionale.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria Aziendale o alla Direzione Medica Ospedaliera, come precisato nel materiale informativo consegnato al paziente al momento della prenotazione.

Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, saranno da apportare le relative modifiche all'ordine di priorità nell'agenda a cura del medico proponente.

Prericovero

Le finalità principali della fase di prericovero sono

1. valutare le condizioni generali del paziente e gli interventi clinici organizzativi da attivare nella fase di attesa
2. determinare il rischio operatorio chirurgico e anestesilogico
3. ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio perioperatorio
4. definire la strategia di gestione ottimale;
5. informare il paziente sulle caratteristiche dell'intervento per facilitare la sua piena comprensione dell'intero percorso di cura (attività che integra quanto già fatto dallo specialista durante la visita ambulatoriale).

Il prericovero è necessario per effettuare esami diagnostici e clinici volti a consentire l'intervento: es. visita anestesilogica, cardiologica, ecc. Qualora l'esito sia positivo, il paziente sarà iscritto in lista operatoria.

Il prericovero avviene tramite chiamata da parte del personale dedicato. Gli appuntamenti sono gestiti in modo da effettuarli nel minor tempo possibile e prevedendo il minor numero di accessi dei pazienti alle strutture sanitarie. È possibile che lo specialista richieda alla preospedalizzazione l'esecuzione di esami aggiuntivi rispetto al profilo standard.

Il personale infermieristico del prericovero è incaricato della raccolta e registrazione sul sistema informativo aziendale della esecuzione degli esami, nonché della programmazione degli eventuali ulteriori accertamenti richiesti dagli specialisti. È fortemente raccomandato in questa fase un intervento di informazione puntuale e comprensibile su tutto il percorso operatorio, orientato alla massimizzazione dell'aderenza, da parte della persona assistita alle procedure e ai comportamenti raccomandati in preparazione dell'intervento e finalizzati all'ottimizzazione preoperatoria delle condizioni psico-fisiche della persona assistita.

L'inserimento in lista operatoria è una sottofase particolarmente critica perché si riferisce all'attività di diverse unità produttive e coinvolge diversi professionisti. Le variabili che condizionano questa fase sono rappresentate da:

- il livello di informatizzazione;
- i livelli di flessibilità nella gestione della sala;
- l'integrazione della lista operatoria con il prericovero;
- le modalità di valutazione della casistica con eventuale segnalazione, già in fase di prericovero, dei casi per cui si prevede un trasferimento in terapia intensiva.

Degenza pre-intervento

La degenza pre-intervento rappresenta il momento di necessaria transizione per l'esecuzione dell'intervento e si compone generalmente delle seguenti sottofasi:

- l'accettazione;
- la compilazione della cartella clinica ;

- la verifica della lista operatoria ;
- la preparazione all'intervento;
- il trasporto in sala operatoria.

Rispetto a quest'ultima fase, sono fondamentale il sistema di trasporto dei pazienti e la presa in carico del paziente nel passaggio tra le diverse unità operative che partecipano all'erogazione del percorso. Determinante è il coordinamento ex ante tra le unità, in quanto una chiara esplicitazione del momento in cui avviene la presa in carico del paziente da parte degli attori coinvolti (infermieri e/o medici) nel processo permette di evitare eventuali problemi di sicurezza per il paziente.

È raccomandata un'organizzazione che favorisca degenze pre-operatorie brevi nonché l'esecuzione delle indagini diagnostiche e delle terapie pre-operatorie, ove necessarie, in regime ambulatoriale o in day hospital.

Per assicurare una gestione efficiente del ricovero è necessario pianificare tempestivamente il processo di cura del paziente, in base alla condizione clinica che ha determinato il ricovero ed alla valutazione complessiva del paziente. Questo consente di impostare al momento dell'ammissione la programmazione degli accertamenti e delle prestazioni pianificabili che si ritengano necessari. Il piano comprende anche l'individuazione, entro 24/48 ore dall'ammissione, della data presunta di dimissione.

Deve essere inoltre effettuata una rilevazione costante degli scostamenti tra il programmato e l'effettivamente attuato, in modo da attivare precocemente le azioni correttive.

Fase intraoperatoria

Il giorno dell'intervento chirurgico, il paziente segue le procedure di sicurezza previste dal *Manuale di sicurezza del paziente in sala operatoria* ed accede ed esce dal blocco operatorio secondo le modalità previste in ciascun *Regolamento dei blocchi operatori*. Chirurghi, anestesisti ed infermieri compilano il registro operatorio ognuno per quanto di competenza.

L'attività chirurgica d'urgenza di norma viene espletata in apposita sala dedicata, distinta dall'attività di elezione, ciò al fine di garantire una regolare prosecuzione dell'attività in elezione. L'indicazione e la sequenza di priorità degli interventi in emergenza-urgenza devono essere condivisi da parte di tutti i componenti dell'equipe coinvolti, secondo parametri di appropriatezza.

È importante che ciascuna struttura raccolga progressivamente le informazioni definite in queste linee di indirizzo che contribuiscono a descrivere in modo oggettivo e attraverso metriche uniformi il percorso chirurgico del paziente all'interno del blocco operatorio.

Fase post-operatoria

La fase post-operatoria include le attività necessarie a rendere il paziente dimissibile dalla struttura sanitaria.

La degenza post-intervento può generare una forte criticità quando è necessario il trasferimento in terapia Intensiva e si manifesta una carenza di posti letto disponibili in questa unità produttiva. Per limitare al minimo il verificarsi di tali situazioni occorre un'attenta programmazione dell'attività operatoria, valutando già nel momento del pre-ricovero l'impegno potenziale delle unità produttive in base alle caratteristiche della domanda da evadere. In seguito, il paziente viene trasferito nel reparto in cui trascorrerà la degenza. In

questo caso, le interdipendenze fra le unità produttive sono condizionate dall'organizzazione dell'area di degenza.

Nelle strutture in cui le aree di ricovero sono organizzate in base a criteri come l'intensità di cura, diventa essenziale verificare il probabile decorso postoperatorio (degenza ordinaria o breve) già nella fase del pre-ricovero, in modo da programmare adeguatamente il fabbisogno di posti letto nelle aree di degenza più appropriate.

Dimissione e follow up post-intervento

La dimissione deve essere pianificata e organizzata il più precocemente possibile. Il personale medico ed infermieristico deve prontamente attivarsi per l'individuazione delle risorse formali e informali disponibili al domicilio, per il corretto addestramento del paziente e/o del caregiver, nonché per la precoce attivazione dei servizi di continuità assistenziale ove necessario.

È necessario preparare tempestivamente il paziente alla dimissione per assicurare un'adeguata informazione educazione, facilitare l'utilizzo delle strutture ambulatoriali, garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, controllare in regime ambulatoriale le complicanze minori, ridurre la degenza post-operatoria ed eventuale riospedalizzazione.

Il follow up ambulatoriale post-intervento viene generalmente programmato al momento delle dimissioni dal personale amministrativo o infermieristico. A seconda dei casi, il follow up può avvenire in reparto o presso l'ambulatorio in caso di separazione netta tra percorso inpatient e percorso outpatient. Il primo controllo post-operatorio può prevedere diverse attività quali la visita specialistica, la rimozione di eventuali punti, la medicazione, ecc., ed è svolto da più figure professionali in relazione alle caratteristiche specifiche del paziente operato. Si ricorda che tutte le attività di controllo post-intervento entro trenta giorni dalla dimissione da acuzie rientrano nel ricovero e non devono essere registrate nel flusso informativo ambulatoriale. Il resoconto di tali controlli deve essere inserito nella cartella clinica del ricovero.

Durante la fase di follow up post-intervento sono incoraggiati, ove necessari, sistemi di monitoraggio, informazione e assistenza anche a distanza attraverso procedure condivise di follow-up telefonico e/o a distanza che non sostituiscono bensì integrano le valutazioni ambulatoriali.

12. Gestione del percorso chirurgico

La gestione del percorso chirurgico comporta un'elevata complessità gestionale ed un cospicuo assorbimento di risorse, sia economiche sia di personale. È importante, dunque, che ciascuna Azienda raccolga le principali informazioni che contribuiscono a descrivere in modo oggettivo e attraverso metriche uniformi sul territorio nazionale il percorso chirurgico del paziente all'interno del blocco operatorio.

Eventi del percorso chirurgico

Nelle “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 sono definiti 15 eventi standard, per descrivere il Percorso chirurgico del paziente come riportato nella tabella che segue. Questi 15 eventi permettono di analizzare in modo oggettivo il percorso ed hanno differenti gradi di obbligatorietà (obbligatorio, consigliato, facoltativo).

Passo essenziale per il monitoraggio è l’informatizzazione del registro operatorio al fine di ottenere la rendicontazione in tempo reale della produzione eseguita all’interno della sala operatoria. A questo livello coincide anche l’utilità di censire le strutture fisiche (blocco operatorio, sala operatoria) in cui si eseguono le prestazioni chirurgiche.

N	Eventi da rilevare	Acronimo	Grado obbligatorietà	Definizione della misura	Tipologia
1	Uscita dal reparto	OutR	Consigliato	Quando l’operatore di trasporto prende in carico il paziente	Logistica/Rischio Clinico
2	Paziente disponibile al filtro	InF	Consigliato	Ingresso del paziente al filtro e verifica della sua identità	Logistica/Rischio Clinico
3	Ingresso al blocco operatorio	InORB	Obbligatorio	Quando l’infermiere di blocco operatorio prende in carico il paziente	Logistica/Rischio Clinico
4	Ingresso in sala di induzione	InSI	Facoltativo	Ingresso del paziente in sala di induzione	Logistica
5	Inizio induzione anestesia	StAnest	Obbligatorio	Momento in cui viene iniettato l’anestetico per l’anestesia generale o iniezione nella pelle per anestesia regionale	Clinica
6	Paziente posizionato e pronto	PzPr	Consigliato	Paziente pronto per la chirurgia, terminata la fase anestesilogica ed il posizionamento	Clinica
7	Ingresso in sala operatoria	InSO	Obbligatorio	Ingresso del paziente in SO	Logistica
8	Inizio procedura chirurgica	StCh	Obbligatorio	Inizio incisione	Clinica
9	Fine procedura chirurgica	EndCh	Obbligatorio	Ultimo punto di sutura	Clinica
10	Uscita dalla sala operatoria	OutSO	Obbligatorio	Uscita del paziente dalla SO	Logistica
11	Ingresso in recovery room	InRR	Consigliato	Ingresso del paziente in recovery room	Logistica
12	Uscita dalla recovery room	OutRR	Facoltativo	Uscita del paziente dalla RR	Logistica
13	Ingresso in terapia intensiva	InUTI	Consigliato	Ingresso del paziente in terapia intensiva	Logistica
14	Uscita dal blocco operatorio	OutOrb	Obbligatorio	Uscita del paziente dal blocco operatorio	Logistica

N	Eventi rilevare	da	Acronimo	Grado obbligatorietà	Definizione della misura	Tipologia
15	Ritorno reparto	in	InR	Facoltativo	Quando l'infermiere di reparto riprende in carico il paziente	Logistica

Tabella: i 15 eventi fondamentali del Percorso chirurgico (fonte Mistero della Salute)

Al riguardo viene espresso ampio consenso sulla necessità di rilevare a livello aziendale i quindici eventi ma, nel contempo, sono poste in evidenza le difficoltà di rilevazione in taluni casi e la necessità di una implementazione graduale dell'obbligo di fornire i dati, sebbene sia rimarcata la necessità di allestire tutti i campi nel tracciato informatico per ottenere dalle software house l'adeguamento degli applicativi aziendali.

Relativamente ai 15 eventi previsti dal documento ministeriale, si propone di seguito uno schema di percorso chirurgico semplificato e contestualizzato a livello regionale, di cui allo schema sotto riportato, in cui si mantengono tutti gli eventi obbligatori già richiesti dal documento ministeriale.

Come unica variazione allo schema ministeriale si introduce il *tempo di chiamata dal blocco operatorio* e il *tempo di ripristino della sala operatoria* in aggiunta ai momenti di *uscita dal reparto* e *rientro in reparto*, questo sia in ottemperanza a quanto indicato dal documento ministeriale quale parametro indicatore di efficienza di utilizzo della sala operatoria (M13 turn over time), sia per permettere una migliore analisi del processo del percorso chirurgico nel suo complesso e di quello proprio di sala operatoria.

Infatti, se è pur vero che in generale per la maggior parte degli interventi chirurgici, il tempo di ripristino della sala operatoria può essere considerato quasi costante, si ha evidenza di come in un numero non marginale di casi, il tempo di ripristino può variare considerevolmente a seguito di situazioni cliniche particolari strettamente collegate allo specifico percorso chirurgico di un determinato paziente.

Si ritiene pertanto fondamentale poter tracciare in maniera efficace anche il tempo di ripristino delle sale operatorie in modo da poter scorporare dal *Turnover Time* il tempo effettivo di pulizia e ripristino e non un tempo medio che potrebbe essere solo parzialmente affidabile.

Si ritiene inoltre di particolare utilità poter tenere traccia del momento nel quale al reparto pervenga la richiesta di trasportare il paziente presso il blocco operatorio. Tale informazione, abbinata al momento di uscita dal reparto, può permettere alla struttura di comprendere meglio i propri processi e le attività connesse sia globalmente con l'intero percorso chirurgico che nel dettaglio con le attività di sala operatoria.

Infatti, tale istante di tempo mette in stretta relazione il reparto e il blocco in quanto quel momento è condiviso da entrambe le strutture a differenza del momento di uscita dal reparto (che riguarda il solo reparto) e l'ingresso nel blocco operatorio (che riguarda unicamente il blocco).

In ultimo, rispetto al documento ministeriale l'ordine di elencazione di alcuni tempi è stato invertito al fine di ottenere una maggiore corrispondenza al più usuale percorso di sala operatoria. Nello specifico è prassi condurre le manovre anestesologiche più frequentemente sul lettino operatorio, quindi, dopo che il paziente è in sala operatoria. Fanno eccezione le procedure condotte in sala di induzione, qualora questa fosse disponibile, effettuando una rilevazione a parte (evento Bbis). L'ordinamento di questi parametri dal punto di vista del calcolo degli indicatori è indifferente poiché è possibile tenere

conto dei due scenari: induzione dell'anestesia in sala apposita verso induzione nella sala operatoria.

Nella tabella seguente si riassume e si evidenzia pertanto la corrispondenza fra gli eventi specificati nelle linee di indirizzo ministeriali sopra citate e gli eventi del percorso chirurgico proposto e illustrato.

Eventi (§)	Denominazione eventi (§)	Acronimo MdS	Grado di obbligatorietà per MdS	Tipologia di indicatore derivabile	Riferimento diagramma di flusso (§§)	Denominazione evento del percorso chirurgico proposto
0	Chiamata		Non previsto	Logistica		Data e ora della chiamata del paziente in reparto da parte del personale di sala.
1	Uscita da Reparto	OutR	Consigliato	Logistica-Rischio clinico	A (*)	Uscita del paziente dal reparto di ricovero.
2	Paziente disponibile al filtro	InF	Consigliato	Logistica-Rischio clinico		Paziente presente nella zona filtro del blocco operatorio.
3	Ingresso al BO	InORB	<i>Obbligatorio</i>	Logistica-Rischio clinico	B	Ingresso nel blocco operatorio (oltre la zona filtro).
4	Ingresso Sala Induzione	InSI	Facoltativo	Logistica		Campo compilabile solo se l'organizzazione del blocco operatorio prevede l'utilizzo di una sala di induzione.
5	Inizio Induzione Anestesia	StAnest	<i>Obbligatorio</i>	Clinica	Bbis (**)	Procedure anestesiolgiche (se sala di induzione)
6	Ingresso in SO	InSO	<i>Obbligatorio</i>	Logistica	D	La data e ora di ingresso nella sala operatoria, probabilmente, nella maggior parte dei blocchi sarà antecedente alla data e ora del "Paziente pronto" (6).
7	Paziente posizionato e pronto	PzPr	Consigliato	Clinica	C	Paziente pronto per la chirurgia, terminata la fase anestesiolgica ed il posizionamento. In base alle modalità organizzative ed alle risorse strutturali del blocco operatorio, questo momento può essere precedente o successivo all'ingresso in sala operatoria (7).
8	Inizio procedura chirurgica	StCh	<i>Obbligatorio</i>	Clinica	E	Data e ora di incisione della cute o introduzione dello strumento endoscopico o interventistico.

Eventi (§)	Denominazione eventi (§)	Acronimo MdS	Grado di obbligatorietà per MdS	Tipologia indicatore derivabile	Riferimento diagramma di flusso (§§)	Denominazione evento del percorso chirurgico proposto
9	Fine procedura chirurgica	EndCh	<i>Obbligatoria</i>	Clinica	F	Data e ora della fine della sutura cutanea o dell'estrazione dello strumento endoscopico o interventistico.
10	Uscita da SO	OutSO	<i>Obbligatoria</i>	Logistica	G	Uscita del paziente dalla sala operatoria.
10.1	Sala ripristinata e pronta	RiprSO	<i>Obbligatoria</i>	Logistica	I	Data e ora di ultimazione delle operazioni di ripristino e pulizia della sala operatoria, ossia del momento in cui è pronta per il paziente successivo.
11	Ingresso in Recovery room	InRR	Consigliato	Logistica		Data e ora dell'ingresso del paziente nella recovery room. Campo compilabile solo se: <ul style="list-style-type: none"> il blocco è dotato di recovery room il paziente viene ivi ospitato
12	Uscita dalla recovery room	OutRR	Facoltativo	Logistica		Data e ora di uscita dalla recovery room. Il campo deve essere compilato se sono presenti data e ora di ingresso nella recovery room.
13	Ingresso in Terapia intensiva	InUTI	Consigliato	Logistica		Data e ora ingresso in terapia intensiva. Tali valori saranno verosimilmente successivi a quelli dell'uscita dal blocco operatorio.
14	Uscita da BO	OutOrb	<i>Obbligatoria</i>	Logistica	H	Data e ora di uscita dal blocco operatorio.
15	Ritorno in reparto	InR	Facoltativo	Logistica	I (*)	Data e ora del ritorno del paziente in reparto.

(§) (Linee indirizzo Ministeriali, Tabella 1)

(§§) Riferimento a schema percorso rappresentato di seguito

(*) evento nuovo del percorso chirurgico proposto.

(**) da rilevare solo nel caso sia effettuata la procedura anestesiológica fuori dalla sala operatoria

Nella figura successiva sono, inoltre, illustrati gli eventi del percorso operatorio, secondo la successione logica di riferimento.

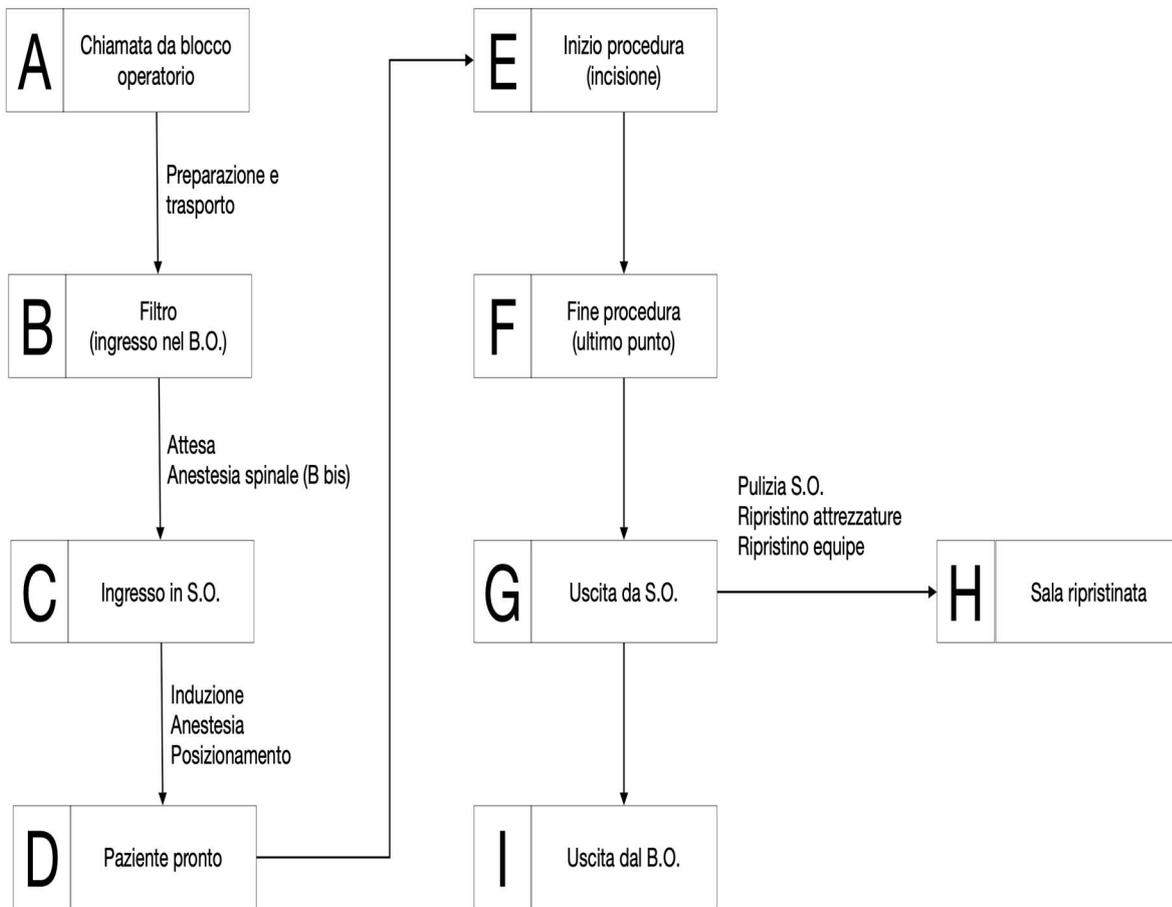


Figura. Schema di percorso operatorio

Health technology assessment

La sala operatoria è caratterizzata da un alto livello tecnologico. Il significato di “tecnologia” è molto ampio e fa riferimento all’insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi nei quali viene erogata l’assistenza sanitaria. La tecnologia sanitaria comprende, dunque, tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute, prevenire, diagnosticare e curare le malattie. Attrezzature, dispositivi medici e farmaci sono componenti fondamentali della tecnologia.

La valutazione delle tecnologie sanitarie può prendere in considerazione diversi aspetti (domini), che possono essere sia clinici (problema di salute e uso attuale della tecnologia, caratteristiche tecniche, sicurezza, efficacia clinica) sia non clinici (costi ed efficacia economica, analisi etica, aspetti organizzativi, aspetti sociali, aspetti legali). Il processo di HTA si basa su evidenze scientifiche tratte da studi, che vengono considerate per specifiche tipologie di intervento sanitario su determinate popolazioni di pazienti, confrontando gli esiti e i risultati con quelli di tecnologie sanitarie di altro genere o con lo standard di cura corrente.

Negli ultimi decenni il progresso delle tecnologie biomediche ha portato benefici in tutti i settori che hanno lo scopo di tutelare e migliorare la salute dell'uomo. A fronte di una distribuzione sempre più vasta e ormai irrinunciabile di queste tecnologie, il sistema sanitario deve essere in grado di scegliere quelle più utili e di impiegarle in modo appropriato, garantendo la sicurezza dei pazienti e degli operatori, nonché la qualità del servizio erogato e il contenimento dei costi di acquisto e di gestione.

La Regione Piemonte si è dotata negli anni di alcuni strumenti per il governo delle tecnologie sanitarie. Alla luce del mutato contesto economico e dei recenti cambiamenti nel sistema organizzativo di riferimento, risulta necessaria una revisione dei processi relativi all'introduzione nel sistema sanitario di nuove tecnologie, anche per quanto riguarda il comparto operatorio

Il riferimento è la DGR 3 agosto 2017, n. 82-5513 "Governo delle tecnologie biomediche e dell'innovazione in Sanita'. Modifica D.G.R. n. 18-7208 del 10.3.2014".

Gestione operativa

L'*operations 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.

Nel lessico sanitario italiano il termine utilizzato correntemente per definire questo approccio è *Gestione operativa*. La finalità è di garantire che i percorsi clinici ed assistenziali (il cui output è rappresentato dalla salute del paziente) risultino efficienti, sostenibili nel medio-lungo termine, capaci cioè di rispondere ai bisogni ed alle attese dei clienti (pazienti) a costi sostenibili.

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

A livello operativo si realizza la programmazione dettagliata della produzione con un orizzonte temporale a medio-breve termine (dal trimestre alla settimana) ed il monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato. La standardizzazione del processo rappresenta un passaggio fondamentale e preliminare all'ottimizzazione delle attività.

La finalità è distribuire in modo uniforme le attività in base alle caratteristiche di presentazione della do-manda, andando a ridurre la variabilità organizzativa che genera sprechi e/o sovra utilizzo di risorse. Questo aspetto nell'ambito della programmazione chirurgica può essere ottenuto attraverso lo sviluppo di un piano di produzione standard ripetitivo (da aggiornare periodicamente in funzione delle fluttuazioni di domanda) che specifichi le tipologie di intervento da eseguire per giorno della settimana in modo da bilanciare ed utilizzare al meglio le risorse critiche sala operatorie e posto letto.

Il livello esecutivo è invece costituito dall'attività di schedulazione della produzione giornaliera per la gestione del mix di produzione quotidiano in relazione a ritardi, cancellazione di interventi ed urgenze.

Il *Piano Principale di Produzione chirurgica* determina l'associazione ciclica delle varie combinazioni sala operatoria-giorno (o porzione di giornata) a ciascuna unità erogante, in base alla lista di attesa ed alla stima dei nuovi ingressi.

Nello specifico viene definito il monte orario di sedute di sala operatoria per ciascuna specialistica e la sua distribuzione all'interno dei giorni della settimana alle relative unità

eroganti in relazione alle risorse disponibili: risorse umane (anestesisti, chirurghi, personale infermieristico, OSS, TSRM ecc.), posti letto, tecnologie.

La lista operatoria giornaliera deriva direttamente dalla programmazione oggetto della Nota operatoria settimanale, contiene i nominativi dei pazienti candidati all'intervento chirurgico per quel determinato giorno e che hanno confermato la loro disponibilità per quella data. Include le indicazioni accessorie necessarie per l'organizzazione della seduta operatoria relative alla preparazione del paziente nel reparto, al trasporto paziente dal reparto al blocco operatorio, ecc.

Ai fini della pianificazione dei ricoveri chirurgici è anche necessario procedere ad una pianificazione dei posti letto da destinare all'emergenza urgenza ed ai posti letto per le attività in elezione, prevedendone la rimodulazione dinamica in base all'andamento della domanda.

La gestione dei posti letto risponde alla domanda di ricovero relativamente ai due macroflussi di attività in elezione ed urgenza (processo medico e chirurgico). In particolare il flusso dei ricoveri in urgenza, anche se influenzato da una variabilità naturale che incide sulla domanda in ingresso (stagionalità, territorialità, ecc.), è prevedibile e pertanto consente l'utilizzo di strumenti predittivi e di programmazione.

La pianificazione e programmazione dei posti letto a livello aziendale si sviluppa su diversi livelli:

- vengono stabiliti dalla direzione aziendale, avvalendosi dei Dipartimenti interessati e della funzione di gestione operativa i volumi di produzione ed il tipo di casistica da trattare dalle diverse unità eroganti attività di ricovero, per ciascun Ospedale;
- sono quindi stimate le dimissioni attese in base alla previsione della domanda;
- è definita la gestione in tempo reale dell'allineamento tra capacità e domanda di posti letto;
- sono individuati l'attuazione e il monitoraggio giornaliero delle prestazioni programmabili del percorso del singolo paziente e della data di dimissione.

Capacità Produttiva

Il termine "capacità produttiva" descrive la capacità di un'azienda di trattare pazienti in lista di attesa per prestazioni chirurgiche utilizzando le risorse a disposizione intese come ore di sala operatorie con equipaggiamento presente, posti letto di terapia Intensiva post-operatoria e di degenza ordinaria e sale operatorie fisiche utilizzabili.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica la programmazione è finalizzata a definire le strategie necessarie a garantire le prestazioni nel rispetto di precisi standard di volume (rapporto volumi/esiti), di tempo (PNGLA) ed appropriatezza. L'attività chirurgica è inoltre una componente rilevante delle strategie regionali in tema di reti cliniche, si veda ad esempio il caso delle reti oncologiche. Questo si traduce, in relazione alle diverse patologie, nella necessità di definire percorsi di concentrazione o diffusione della capacità produttiva, individuando piattaforme produttive che possano costituire setting appropriati (es. percorsi outpatient o chirurgia degenza breve) ed allo stesso tempo "sostenibili".

In questo contesto devono essere rese disponibili le informazioni (dati) necessarie alla definizione degli obiettivi relativi all'attività chirurgica ed al corretto utilizzo delle risorse - blocchi operatori ed altre piattaforme - da assegnare ai produttori. È inoltre necessario supportare i processi di riorganizzazione con i necessari indirizzi in termini di governo delle competenze, in materia di requisiti tecnologici e strutturali e non da ultimo con la definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e strutturati.

Efficientamento delle attività

L'efficientamento delle attività chirurgiche può essere ottenuto a titolo esemplificativo riducendo gli overtime o il sottoutilizzo delle varie risorse, diminuendo i tempi di attesa dei chirurghi tra un intervento e l'altro, ecc. In tale prospettiva si può ottenere una riduzione rispettivamente dei costi di ospedalizzazione dei pazienti e dei costi di apertura delle sale operatorie.

Il modello di ottimizzazione volto a determinare un'efficiente pianificazione delle procedure chirurgiche deve poi necessariamente essere subordinato a determinati vincoli che non possono essere ignorati nella gestione delle sale operatorie. Questo perché, oltre ai reparti chirurgici, sono coinvolte anche molte altre strutture in tale pianificazione, come le unità di terapia intensiva e i vari reparti per il ricovero; le decisioni di programmazione, dunque, devono soddisfare una serie di criteri legati all'uso di risorse coinvolte sia direttamente, ma anche indirettamente.

Tra le risorse direttamente coinvolte nelle procedure chirurgiche vi sono naturalmente le sale operatorie nelle loro diverse tipologie, risorsa condivisa dalle varie specialità chirurgiche. Del blocco operatorio fanno parte le sale operatorie, dove vengono effettivamente eseguiti gli interventi, e una serie di ambienti e spazi, con caratteristiche e requisiti peculiari, deputati a ospitare una serie di processi che supportano quella che è l'attività chirurgica vera e propria.

La sala operatoria è identificabile come l'ambiente dove viene eseguito l'intervento chirurgico e rappresenta l'asse centrale su cui si innestano l'intera struttura del reparto operatorio e le varie attività connesse. La superficie e i requisiti della sala operatoria dev'essere adeguata alla tipologia delle attività erogate e alla tecnologia.

Un ulteriore esempio di risorsa coinvolta indirettamente nei processi chirurgici, ma molto vincolante per la loro pianificazione, come già rimarcato e costituita dai posti letto dei vari reparti per i ricoveri.

Un'altra componente fondamentale, direttamente coinvolta nelle attività svolte in sale operatorie, è quella costituita dallo staff chirurgico e della degenza.

Sicurezza del percorso chirurgico

Con D.D. regionale N. 45/DB2000 del 27 gennaio 2014 sono state approvate le "Linee di indirizzo per la sicurezza in sala operatoria" che definiscono, per ognuno dei 15 obiettivi e relativi criteri individuati dal "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" del 2009, gli indicatori soglia che devono essere soddisfatti dalle procedure/protocolli utilizzati nelle ASR Piemontesi. Con questo documento viene tracciata una soglia minima di sicurezza (misurabile) per l'attività di sala operatoria in Piemonte.

Con circolare regionale prot. n. 4160/A14000 del 27.02.2022 sono stati, inoltre, definiti gli strumenti ed il percorso per la verifica della check list a livello aziendale al fine di uniformare le modalità di monitoraggio sul territorio regionale.

Rispetto ad altri settori, la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici per: 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, molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti (dalla identificazione del paziente alla correttezza del sito chirurgico, alla appropriata sterilizzazione dello strumentario, all'induzione dell'anestesia, ecc.).

L'evento avverso è un evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria sono illustrati nella tabella che segue.

Obiettivo 1. Operare il paziente corretto ed il sito corretto
Obiettivo 2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
Obiettivo 3. Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
Obiettivo 6. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
Obiettivo 7. Controllare e gestire il rischio emorragico
Obiettivo 8. Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
Obiettivo 9 Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
Obiettivo 10. Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico
Obiettivo12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
Obiettivo13. Gestire in modo corretto il programma operatorio
Obiettivo 14. Garantire la corretta redazione del registro operatorio
Obiettivo 15. Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
Obiettivo 16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

Tabella: Obiettivi fondamentali del Percorso chirurgico

Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell'OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

Lo schema di checklist contenuto nel "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria", pubblicato nel 2009 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, prevede 20 item (uno in più rispetto ai 19 dell'Oms, riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso), suddivisi in 3 fasi:

- Sign In – controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia;
- Time Out – controlli da effettuare dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica;
- Sign Out– controlli da effettuare durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria.

Fasi	I 20 controlli della checklist
Sign In Quando: prima dell'induzione dell'anestesia Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe	1) il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi 2) conferma marcatura del sito di intervento 3) conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia 4) conferma posizionamento del pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento 5) identificazione rischi allergie 6) identificazione rischi difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione 7) identificazione rischio di perdita ematica
Time Out Quando: dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica per confermare che i diversi controlli siano stati eseguiti Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe	1) si sono presentati tutti i componenti dell'équipe con il proprio nome e funzione 2) il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente - sede d'intervento - procedura - corretto posizionamento 3) criticità chirurgo 4) criticità anestesista 5) criticità infermiere 6) conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti 7) visualizzazione immagini diagnostiche
Sign Out Quando: si svolge durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe	1) conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione 2) conferma conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico 3) conferma etichettatura del campione chirurgico 4) conferma problemi relativamente all'uso di dispositivi medici 5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria 6) conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso

Tabella: Schema di check list per la sicurezza in sala operatoria

Per migliorare l'implementazione della checklist è consigliabile la designazione di un coordinatore della checklist tra i componenti dell'équipe operatoria, che sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe operatoria e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item; l'OMS suggerisce la designazione dell'infermiere di sala operatoria.

Diversi studi sulla checklist hanno dimostrato come la sua implementazione sia risultata correlata ad una rilevante riduzione dei tassi di mortalità e di complicanze maggiori, tuttavia l'efficacia della checklist dipende dalla qualità dei programmi di implementazione messi in atto.

Nell'ambito delle attività di rischio clinico svolte a livello regionale, il gruppo di lavoro istituito sul tema della "Sicurezza in sala operatoria" ha evidenziato come nelle Aziende Sanitarie la cura della sicurezza del percorso chirurgico sia ormai consolidata.

Il gruppo di lavoro ha pertanto proposto di costruire un elenco minimo di Indicatori con soglia che devono essere necessariamente presenti in tutte le checklist in uso in Piemonte.

Il Gruppo Regionale per la Gestione del Rischio Clinico, demandando la definizione di ulteriori requisiti all'attività del sottogruppo dedicato, ha comunque ritenuto opportuno raccomandare la presenza di almeno la firma di uno degli operatori interessati (sia essa in supporto cartaceo o digitale), o la possibilità di tracciare in modo certo e documentabile tutti i soggetti che hanno partecipato all'atto chirurgico e alla compilazione della checklist. A tal proposito si ritiene utile raccomandare l'archiviazione della checklist o di equivalente evidenza all'interno della documentazione sanitaria anche per favorire la verifica documentale, almeno annuale, dell'applicazione della checklist.

Documentazione sanitaria

Particolare importanza nello sviluppo del Percorso ha la documentazione sanitaria.

La documentazione sanitaria include tutti quei documenti che vengono prodotti dal personale sanitario: ne sono esempi la cartella clinica, la cartella infermieristica, la lettera di dimissione, il verbale operatorio e la scheda sanitaria, i piani assistenziali individuali ecc.

Sistema informativo e telemedicina

In ambito sanitario, i sistemi informativi interessano tutte le professioni e a tutti i livelli e devono, in linea generale:

- documentare il ricovero del paziente in ospedale, il decorso e il Percorso;
- identificare e consentire la tracciabilità delle attività;
- fornire informazioni a chi svolge attività clinica;
- fornire informazioni alla ricerca scientifica;
- fornire informazioni per la didattica;
- fornire informazioni per la valutazione retrospettiva delle prestazioni erogate.

Pertanto, nell'ambito dello sviluppo del Percorso dovranno essere utilizzati i sistemi informativi correnti o progettati ad hoc e progressivamente da implementare per la gestione dei processi.

La progressiva informatizzazione del percorso chirurgico ha una serie di ricadute significative nel processo di governare l'attività chirurgica. In effetti, a fronte della registrazione informatizzata degli eventi sopra riportati diventa possibile effettuare una serie di statistiche di riferimento che permettono di segnalare eventuali anomalie.

Ad esempio, per misurare il processo, si ha la necessità di individuare e rilevare i tempi di accesso in sala operatoria ed uscita dalla sala operatoria del paziente che consentano di valutare il "tempo lordo" di durata dell'intervento, comprensivo di tempi di allestimento e pulizia e di altre fasi del processo che ritardano o impediscono la presa in carico del paziente successivo.

Così, oltre al tempo di permanenza del paziente in sala operatoria si ottiene la differenza temporale tra due pazienti successivi. La registrazione di tali tempi lordi permette progressivamente di popolare la struttura dati con dei valori di riferimento dei vari interventi chirurgici sulla base dello storico degli interventi passati.

Inoltre, qualunque parametro sia preso in considerazione, è necessario tracciare inequivocabilmente la singola sala operatoria dello specifico intervento e corrispondente ai tempi sopra menzionati. Perciò, sarà implementato un codice identificativo in ARPE per censire le sale operatorie, da inserire nella SDO per ciascun intervento chirurgico.

Tale azione permetterà di avere un'informazione di riferimento, a livello di pianificazione, sulla stima della capacità "produttiva" della struttura corrispondente alla stima degli slot operatori (in termini di numero di ore di utilizzo della sala) preventivabili per ogni sala operatoria del presidio ospedaliero e per ogni giorno del periodo di riferimento.

Infine, l'informatizzazione del percorso chirurgico permette per ciascuna specialità, a posteriori, di avere statistiche anche sulla percentuale di utilizzo delle sale operatorie (formalmente prevista per interventi elettivi) per urgenze differibili non assegnabili alla sala delle urgenze o per interventi urgenti in arrivo da altre strutture.

Al fine di procedere alla informatizzazione del percorso chirurgico verranno predisposti i campi per l'inserimento nella SDO dei dati indicati del percorso operatorio ad iniziare

dall'identificativo di sala operatoria; pertanto, è opportuno che le strutture di ricovero predispongano i propri applicativi al recepimento dei campi indicati anche al fine del calcolo degli indicatori elencati nel paragrafo successivo.

Particolare importanza riveste anche l'utilizzo della telemedicina, in fase di progressivo sviluppo.

Controllo

Il controllo va inteso come il monitoraggio sistematico attraverso specifica reportistica dell'andamento delle attività, con misurazione degli scostamenti tra le situazioni attese e le situazioni osservate e con la individuazione dei correttivi al fine di minimizzare le differenze tra programmato ed effettivamente erogato come presupposto delle azioni di miglioramento tecnico e organizzativo.

Il reporting è perciò un insieme strutturato di rendiconti periodici di controllo messi a disposizione dei professionisti, con l'obiettivo di informarli sull'andamento della gestione corrente e strategica.

Le informazioni da inviare devono avere un grado di dettaglio idoneo a far comprendere la situazione delle variabili da governare (cogliere problemi) creando la possibilità di prendere decisioni e mettere in atto azioni correttive (intervenire praticamente).

Le informazioni inoltre devono essere in grado di far valutare i risultati delle attività (controllare gli effetti) e devono essere tarate sul livello gerarchico (reale potere decisionale) con il giusto grado di dettaglio e di aggregazione.

Sono utilizzati gli indicatori illustrati nello specifico capitolo delle presenti linee di indirizzo.

13. Rappresentazione in forma sintetica del percorso

Il diagramma di flusso - flow-chart - è la rappresentazione grafica di un processo sanitario inteso come una sequenza di attività e snodi decisionali, realizzato secondo una modalità standard e riproducibile, per rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del Percorso del paziente.

La simbologia utilizzata nei diagrammi di flusso definisce la successione spaziale e temporale degli elementi - attività, fasi, azioni e documenti - del percorso svolti da professionisti diversi per dare la migliore risposta diagnostica, terapeutica, assistenziale al paziente e li associa a specifiche responsabilità organizzative, come di seguito illustrato.

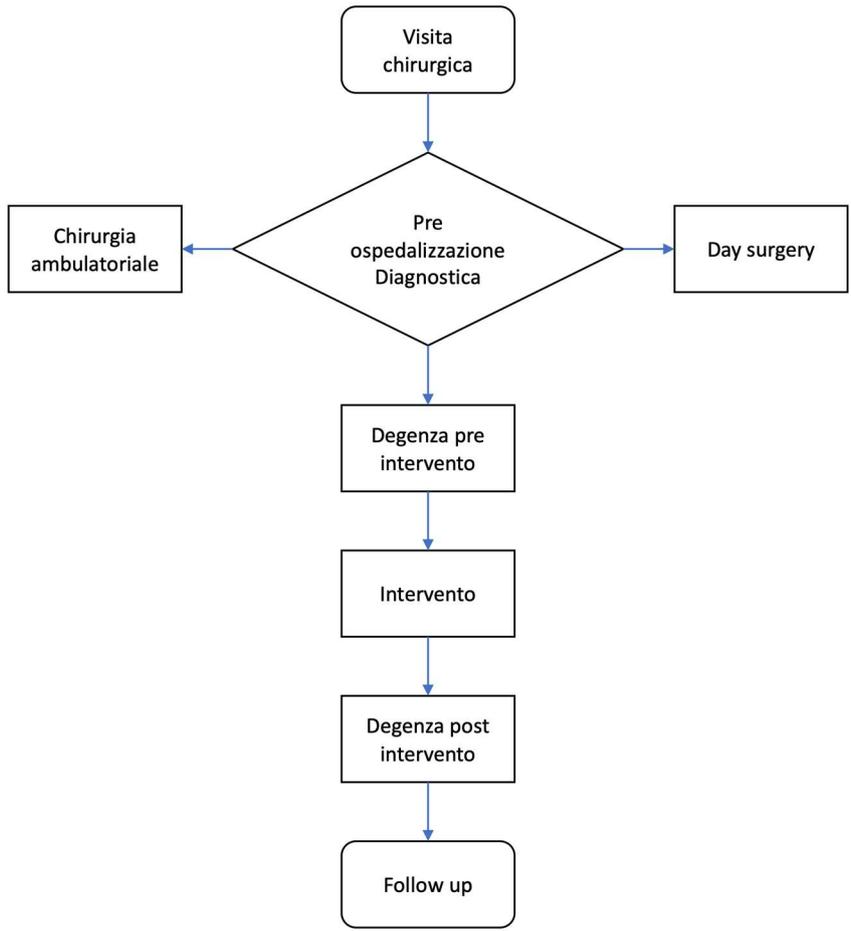


Figura. Elementi base della flow chart del Percorso chirurgico

14. Definizione dei percorsi aziendali, diffusione ed implementazione

Le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte definiscono il proprio *Percorso aziendale* e contestualizzano le indicazioni del presente documento.

Un punto fondamentale è quindi rappresentato diffusione ed implementazione dei contenuti del percorso.

La semplice produzione del documento, infatti, non porta ad alcun cambiamento in assenza di adeguate strategie di diffusione ed implementazione che tengano conto delle condizioni di lavoro in cui si trovano a operare i destinatari delle stesse.

Implementazione significa anche agire attivamente rispetto alla modifica pratica clinica, in un sistema culturale di cambiamento complessivo volto a un'assistenza migliore e più efficace.

Sono utilizzabili i seguenti interventi:

- disseminazione del Percorso: la semplice disseminazione del materiale è utile per far conoscere la sua esistenza, ma ciò non si traduce necessariamente in una variazione della pratica clinica ed organizzativa. È un intervento necessario ma deve essere associato ad altri;
- visite di facilitatori: il cosiddetto "academic detailing" consiste nella visita sul luogo di lavoro da parte di personale addestrato;
- sistemi di supporto decisionali: sono semplici da implementare e sono utili come sistemi di rinforzo (ad esempio opuscoli tascabili);
- incontri educativi: seminari e conferenze: se non hanno una partecipazione attiva hanno un impatto debole; utili sono invece gli incontri interattivi basati sul principio dell'"adult learning" con discussione in piccoli gruppi, apprendimento basato su casi clinici, ecc.;
- opinion leader locali: clinici riconosciuti dai colleghi come autorevoli/esperti; dovrebbero essere in grado di influenzare la pratica clinica tra i colleghi;
- processi di consenso locali: l'esperienza maturata dai componenti del gruppo di lavoro durante tutta la fase di discussione e sviluppo rappresenta un importante processo di consenso e fattore di facilitazione all'uso nella pratica;
- Interventi integrati: una combinazione di audit e feedback, reminders, processi di consenso locali, visite di facilitatori/opinion leader sono più efficaci dei singoli approcci.

È anche da sviluppare un documento sintetico del percorso, ad uso informativo degli utenti e dei pazienti, da inserire nella *Carta dei Servizi*.

15. Monitoraggio, verifica dell'applicazione ed indicatori

Gli indicatori sono variabili altamente informative 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.

Gli indicatori sono variabili sintetiche ad alto contenuto informativo, utili per orientare le decisioni.

Una delle più tipiche classificazioni degli indicatori in ambito sanitario identifica:

- indicatori di struttura: comprendono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (che cosa si possiede);
- indicatori di processo: misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali (come si lavora);
- indicatori di risultato: documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici come mortalità, morbilità), economici come costi diretti e indiretti) e umanistici come qualità di vita, soddisfazione dell'utente (che cosa si ottiene).

In tale ambito gli indicatori di primo livello rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione del percorso negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

Gli indicatori di secondo livello non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.

In allegato sono presentati gli indicatori previsti dallo schema di Accordo Stato -Regioni del 7.8.2023 "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione", integrati da ulteriori indicatori di riferimento:

Tali indicatori sono classificabili in:

- bisogno e domanda;
- offerta;
- processi;
- sicurezza;
- efficienza.

Gli indicatori descritti sono da attivare progressivamente, anche sulla base delle potenzialità dei sistemi informativi esistenti, a cominciare da quelli estrapolabili dai sistemi informativi correnti (ad es. scheda di dimissione ospedaliera)

La verifica dell'applicazione del Percorso viene effettuata attraverso le autovalutazioni e gli audit.

Le autovalutazioni sono realizzate dal personale della struttura, gli audit interni da personale dell'organizzazione aziendale e quelli esterni da personale non appartenente all'organizzazione.

L'audit e feedback è il processo attraverso il quale le attività sono monitorate e quindi trasmesse all'operatore. Il metodo è efficace se il professionista riconosce la necessità di cambiare e se i dati sono credibili.

Il processo dell'audit clinico-assistenziale può essere rappresentato come un ciclo, costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico;
2. definire criteri, indicatori e standard;

3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.

L'obiettivo è il monitoraggio dell'efficienza, accessibilità e sicurezza del percorso chirurgico 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.

16. Piano di miglioramento

In relazione alle criticità evidenziate nella fase di verifica, viene quindi pianificato l'intervento di adeguamento, riportando e dando evidenza:

- degli obiettivi (l'adeguamento nei confronti degli standard);
- delle azioni correttive e preventive da effettuare.

In tale ambito è molto utile schematizzare il piano di miglioramento attraverso il diagramma di Gantt.

Il diagramma di Gantt è utilizzabile sia in fase di progettazione sia in fase di verifica del buon andamento del piano di miglioramento.

La verifica dell'attuazione effettiva del piano di adeguamento viene effettuata almeno su due livelli:

- le azioni effettuate;
- il raggiungimento degli obiettivi.

Qualora dalle attività di verifica siano evidenziate specifiche criticità, saranno ridefiniti gli obiettivi e le azioni, riprendendo il ciclo di miglioramento.

17. Archiviazione

Il sistema d'archiviazione permette una rapida identificazione e reperibilità dei documenti originali per la loro consultazione. Si suggerisce fortemente l'archiviazione delle versioni successive del Percorso su supporto informatico.

Le varie copie emesse dei documenti vengono mantenute presso l'area di lavoro in cui sono necessarie dai singoli Responsabili, entro appositi raccoglitori sui quali è identificato esternamente il contenuto in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

18. Aggiornamento

L'aggiornamento è l'attività che il gruppo di lavoro, a cadenza periodica, deve svolgere per attestare che quanto proposto nel Percorso sia sempre in linea con le evidenze scientifiche disponibili e con le eventuali modifiche degli assetti organizzativi del lavoro in ogni ambito coinvolto dal percorso. La nuova versione del Percorso viene classificata con il numero della revisione e la data.

19. Valutazione di qualità e di impatto del percorso

Il percorso chirurgico deve essere soggetto ad una valutazione periodica ai diversi livelli per verificare se sono sviluppati tutti i principali punti da trattare. La valutazione può essere effettuata secondo il modello della valutazione interna e/o della valutazione esterna

Viene allegato il modello di analisi.

Secondo l'impostazione legata alla sostenibilità del sistema, in qualsiasi contesto decisionale le decisioni di utilizzo delle risorse comportano un costo (costo-opportunità) inteso come rinuncia di opportunità alternative, e un beneficio inteso come conseguenza positiva della decisione.

Pertanto, è da valutare con attenzione l'impatto che il PSDTA comporta ai diversi livelli istituzionale in termini:

- strutturali;
- tecnologici;
- organizzativi;
- di personale;
- economici.

Viene allegato il modello di analisi.

19. Riferimenti generali

Per la definizione delle presenti linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti riferimenti generali:

- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017
- Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017
- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornate raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002

- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PERCORSO) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007 [154]

20. Allegati

Sono elencati i documenti allegati al Percorso chirurgico più significativi, che possono rappresentare un riferimento immediato per la consultazione.

- Tracciati
- Indicatori per il monitoraggio
- Analisi di qualità del percorso
- Analisi di impatto del percorso
- Accordo Stato - Regioni del 7.8.2023 “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione”;

Allegato 1 – Tracciati

Di seguito è delineato il contenuto minimo del flusso informativo di prossima implementazione, affinché le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate possano trasmettere i dati delle proprie agende di prenotazione per consentire alla Regione di monitorare lo stato delle liste di attesa per ricovero programmato e soddisfare il debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

Sicuramente a livello di struttura-reparto sono necessari ulteriori dati, rispetto a quelli di seguito elencati, per gestire adeguatamente il percorso dalla prenotazione al ricovero.

Sezione anagrafica

L'insieme dei campi con sfondo grigio rappresentano la “chiave” con cui si collega la sezione anagrafica con la sezione dettaglio.

N.	Nome campo	Obbligatorio	Note
1	Codice istituto di ricovero erogante o codice struttura ambulatoriale erogante	S	Codice HSP11+bis (otto cifre) in caso di struttura di ricovero oppure codice STS11 (sei cifre) in caso di struttura ambulatoriale che eroga CAC.
2	Tipo struttura	S	1 – CODHSP11 2 – STS11
3	Anno di inserimento	S	Anno di inserimento del paziente in Lista di prenotazione
4	Chiave – codice di prenotazione	S	Progressivo numerico che riparte ogni anno
5	Tipo Movimento	S	
6	Cognome	S	
7	Nome	S	
8	Sesso	S	Indispensabile per identificazione sicura e controlli automatici di compatibilità con diagnosi e intervento e percorso assistenziale (es. patologia prostatica in soggetto femminile).
9	Data Nascita	S	
10	Comune o Stato estero di Nascita	S	
11	Codice Identificativo Paziente	S	CF, TEAM, STP, ENI
12	Tipo Identificativo Paziente	S	0=CF 1=STP 2=ENI 3=TEAM3 9=straniero/AIRE
13	Asl Residenza	S	
14	Regione Residenza	S	
15	Comune Residenza	S	
16	Consenso alla privacy	S	
17	Consenso all'alimentazione-notifica del Fascicolo Sanitario	S	

Sezione dettaglio

N.	Nome campo	Obbligatorio	Note
1	Codice istituto di ricovero erogante o codice struttura ambulatoriale erogante	S	Codice HSP11+bis (otto cifre) in caso di struttura di ricovero oppure codice STS11 (sei cifre) in caso di struttura ambulatoriale che eroga CAC.

N.	Nome campo	Obbligatorio	Note
2	Tipo struttura	S	1 – CODHSP11, 2 – STS11
3	Anno di inserimento	S	Anno di inserimento del paziente in Lista di prenotazione
4	Chiave – codice di prenotazione	S	Progressivo numerico che riparte ogni anno
5	Tipo Movimento	S	
19	Prenotazione per re-intervento	N	Prenotazione per intervento che completa, integra, perfeziona un intervento precedente.
20	Regime di erogazione previsto	S	<ul style="list-style-type: none"> – 1 - ricovero ordinario – 2 - DH – 3 - ODS – 0 - CAC
21	Diagnosi presunta	S	Codice diagnosi ICD-IX-CM
22	Intervento presunto	S	Codice intervento ICD-9-CM o codice Nomenclatore ambulatoriale
23	Classe priorità ricovero	CON	Quelle previste nel disciplinare tecnico SDO
24	Classe priorità CAC	CON	Quelle previste per le prestazioni ambulatoriale
27	Classe DRG	N	1, 2, 3
27	Medico prescrittore	S	Identificativo Medico (Codice fiscale)
28	Tipo prescrizione	S	<p>01 - ricetta SSN</p> <p>02 - prescrizione su ricetta dell'ospedale, auto impegnativa</p> <p>03 - ricetta ALPI (DEMA del medico)</p> <p>04 - altro</p>
29	Data prescrizione	S	<p>Data prescrizione del ricovero da parte del medico.</p> <p>Nel caso l'intervallo di tempo fra data di prescrizione e data di inserimento in lista (o data di prenotazione nel sistema CUP) sia maggiore dell'attesa massima prevista per la classe di priorità assegnata, il caso deve essere escluso dal monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa.</p>
30	Identificativo Ricetta	S	Numero ricetta
31	Visita filtro eseguita	S	SI/NO
32	Data ricovero prevista	CON	<p>La data effettiva di ricovero prevista, se la struttura è in grado di fornirla. Altrimenti inserire una data risultante dal calcolo: Data prenotazione + gg attesa media per la casistica nella struttura (formato ggmmaaaa). Lo scopo è fornire al paziente una stima attendibile del tempo che dovrà aspettare ed inserire un valore in questo campo utile al monitoraggio aziendale e regionale.</p> <p>I giorni medi di attesa da aggiungere alla data di prenotazione possono essere desunti dal flusso SDO della struttura relativa ai casi trattati negli ultimi tre anni (es. 2019-2020-2021) con quadro clinico analogo a quello di cui è affetto il paziente in lista di attesa.</p> <p>Se il valore medio risentisse troppo dell'effetto degli outliers, si può utilizzare la mediana.</p> <p>La struttura può utilizzare altri metodi di calcolo, purché forniscano valori veritieri.</p>
33	Reparto ricovero - disciplina	S	<p>Disciplina del reparto in cui è previsto il ricovero.</p> <p>Stesse regole della SDO.</p> <p>La disciplina è quella del reparto cui appartiene l'équipe chirurgica, per cui non sono accettate le discipline multiple 02, 04, 98.</p> <p>Nel caso di CAC indicare la disciplina corrispondente alla specializzazione di cui è in possesso l'operatore.</p>
34	Reparto ricovero - progressivo	S	Progressivo del reparto in cui è previsto il ricovero. Stesse regole della SDO.
35	Data di inserimento in lista	S	Data di inserimento del paziente in lista di attesa (formato ggmmaaaa) equivalente alla data di prenotazione nel sistema CUP.

N.	Nome campo	Obbligatorio	Note
36	Stato della prenotazione paziente in lista	S	<p>Ciclo normale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01 - prenotato • 02 - convocato - confermato • 03 - convocato da confermare • 04 - ricoverato • 05 - prenotazione chiusa - intervento effettuato <p>Sospensione</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 - prenotazione sospesa - motivi organizzativi • 11 - prenotazione sospesa su richiesta del paziente • 12 - prenotazione sospesa per motivi clinici • 13 - prenotazione sospesa in attesa di cancellazione <p>Cancellazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 - prenotazione cancellata - decesso paziente • 21 - prenotazione cancellata -intervento prenotato in altra struttura • 22 - prenotazione cancellata - intervento effettuato in altra struttura • 23 - prenotazione cancellata paziente irreperibile • 24 - prenotazione cancellata - motivi organizzativi / amministrativi • 25 - prenotazione cancellata - rinuncia del paziente <p>Riprogrammazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 - prenotazione ripianificata - motivi clinici • 31 - prenotazione ripianificata - classe priorità più alta • 32 - prenotazione ripianificata -classe di priorità più bassa • 33 - prenotazione ripianificata - motivi organizzativi <p>Errore materiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 99 - prenotazione annullata per errore materiale
37	Data variazione stato di prenotazione del paziente in lista	S	formato ggmmaaaa hhmm
38	Data di convocazione al pre-ricovero proposta al paziente	S	Data in cui inizia l'effettuazione del pre-ricovero.
39	Data in cui viene proposta la convocazione	S	Data in cui il paziente viene contatto per concordare l'inizio del pre-ricovero.
40	Stato della convocazione proposta al paziente	S	01 - accettata 02 - accettata altra data 03 - rifiuta temporaneamente
41	Data proposta rifiutata	CON	formato ggmmaaaa
42	Motivi rifiuto	CON	01 - paziente non risponde 02 - motivi personali del paziente 03- motivi clinici del paziente
43	Struttura di trasferimento	CON	Codice HSP11-Bis della struttura di ricovero in grado di assicurare al paziente il trattamento previsto in tempi minori.

Allegato 2 - Indicatori per il monitoraggio del percorso chirurgico

Indicatori di bisogno e domanda

N	Indicatore	Descrizione	Significato
1.	CONSISTENZA LISTA DI ATTESA	Numero dei pazienti in lista di attesa. Per; regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), Unità Operativa e classe di priorità A B C D	Indica il numero di cittadini in attesa di essere trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale e fare valutazioni nell'ottica della programmazione chirurgica
2.	TEMPO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITÀ	Tempi di attesa in giorni. Si ottiene dalla differenza tra la data del ricovero e la data di inserimento in Lista di Attesa espresso in giorni. Per regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), Unità Operativa e classe di priorità A B C D	Indica il tempo prima che il paziente venga ricoverato per il trattamento chirurgico È il Tempo di Attesa del singolo paziente
3.	TEMPO DI CHIAMATA AL PRERICOVERO	Differenza tra data di prericovero e data di inserimento in lista di attesa espresso in giorni	Letto insieme all'indicatore successivo orienta la struttura e la risoluzione delle criticità
4.	TEMPO DI IDONEITA'	Differenza. Tra. Data di ricovero e data di prericovero. Espresso in giorni. Permette di valutare la validità clinica della valutazione medico diagnostica.	Per l'organizzazione l'indicatore suggerisce eventuali criticità nella programmazione dei flussi. A livello istituzionale l'indicatore esprime l'attitudine degli erogatori a governare i tempi di attesa.
5.	TASSO DI ARRUOLAMENTO	L'indicatore misura. Il tasso di incremento o decremento delle posizioni in lista di attesa rispetto al 1 gennaio.	L'indicatore consente di visualizzare. Un eventuale accumulo di posizioni in lista d'attesa in fase entro l'anno.
6.	NUMERO DI PAZIENTI CON TEMPI DI ATTESA OLTRE SOGLIA	Numero di pazienti ricoverati con Tempo di Attesa maggiore del tempo di attesa previsto dalla Classe di Priorità. - Per regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), Unità Operativa e classe di priorità A B C D.	Indica 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
7.	TASSO DI INGRESSO IN LDA	Numerosità dei nuovi pazienti in lista di attesa per mese o altro periodo di riferimento. - Per regime (ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale), Unità Operativa e classe di priorità A B C D.	Indica il numero di nuovi pazienti inseriti in Lista di Attesa, definita anche Capacità di Arruolamento.
8.	NUMERO DI RICOVERI PROGRAMMATI NON TRANSITATI NEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE		Indica la congruenza

Indicatori di offerta

N	Indicatore	Descrizione	Significato
5	NUMERI DI POSTI LETTO PER MILLE ABITANTI	Numero di posti letto di ricovero. - Totali e per disciplina chirurgica per mille abitanti.	Indica la disponibilità della risorsa posto letto in rapporto alla popolazione residente

N	Indicatore	Descrizione	Significato
6	NUMERI DI POSTI LETTO CHIRURGICI ORDINARI	Numero di posti letto di ricovero ordinario. totali e per disciplina chirurgica. - Totali e per disciplina chirurgica per mille abitanti.	Indica la disponibilità della risorsa posto letto a livello ospedaliero in ambito di degenza ordinaria
7	NUMERI DI POSTI LETTO CHIRURGICI DAY SURGERY	Numero di posti letto di day surgery. - Totali e per disciplina chirurgica.	Indica la disponibilità della risorsa posto letto a livello ospedaliero in ambito di day surgery
8	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	Numero di giornate di degenza effettive sul numero di giornate di degenza teoriche. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica la occupazione dei posti letto in ambito chirurgico
9	NUMERO DI INTERVENTI EFFETTUATI	Numero di inerenti effettuati in ordinario, day surgery e chirurgia ambulatoriale. - Totali e per Unità Operativa chirurgica	Indica la capacità produttiva della sala operatoria
10	DEGENZA MEDIA DGR CHIRURGICI	Rapporto tra numero delle giornate di degenza e numero degli interventi. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'efficienza complessiva del Reparto
11	DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA DRG CHIRURGICI	Rapporto tra numero delle giornate di degenza pre intervento e numero degli interventi. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'efficienza complessiva del Reparto
12	DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA DRG CHIRURGICI	Rapporto tra numero delle giornate di degenza post intervento e numero degli interventi. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'efficienza complessiva del Reparto
13	PESO MEDIO DGR CHIRURGICI	Rapporto tra peso DRG e numero degli interventi. - Totali e per Unità Operativa chirurgica. .	Indica la complessità degli interventi effettuati

Indicatori di processo di sala operatoria

N	Indicatore	Descrizione	Significato
14	RAW UTILIZATION	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. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	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. Capacità di utilizzo delle sedute pianificate
15	START-TIME TARDINESS	Differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della stessa procedura chirurgica, espressa in minuti. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica il ritardo di inizio del primo intervento chirurgico della giornata rispetto a quanto era stato programmato
16	OVER-TIME	Differenza tra uscita dalla SO dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'intervallo di tempo supplementare durante il quale la SO resta occupata dall'ultimo paziente della giornata rispetto a quanto era stato pianificato
17	UNDER UTILIZATION	Differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e il momento di uscita dalla SO, espressa in minuti. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	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
18	TURNOVER TIME	Differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla SO del paziente precedente, espressa in minuti. Totale e per Unità Operativa chirurgica.	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).
19	TEMPO MEDIO CHIRURGICO	Differenza tra gli eventi fine procedura chirurgica e inizio procedura chirurgica, espressa in minuti	Indica la durata media dell'intervento chirurgico
20	TEMPO ANESTESIOLOGICO MEDIO	Differenza tra gli eventi paziente posizionato e pronto e inizio induzione anestesia, espressa in minuti. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'intervallo di tempo medio di preparazione del paziente all'intervento chirurgico
21	TEMPO OCCUPAZIONE SALA	Differenza tra gli eventi Uscita Sala Operatoria e Ingresso Sala Operatoria, espressa in minuti. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'intervallo di tempo in cui la sala operatoria è occupata per l'intervento chirurgico a paziente presente
22	NUMERO DI INTERVENTI PER SLOT	Numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo sala assegnata in fase di programmazione), espresso come media. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica la densità di interventi chirurgici in una SO
23	TOUCH TIME	Differenza tra il momento in cui il paziente esce dalla Sala Operatoria e l'inizio delle attività di induzione all'anestesia	Tempi di contatto a valore per il paziente elaborato come proxy in funzione della disponibilità dei casi
24	TASSO DI CASI CANCELLATI	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 pianificazione giornaliera.
25	PERCENTUALI DI PAZIENTI INVIATI IN RECOVERY ROOM	Rapporto tra 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

N	Indicatore	Descrizione	Significato
26	PERCENTUALI DI PAZIENTI INVIATI IN TERAPIA INTENSIVA	Rapporto tra 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
27	TASSO DI UTILIZZO PROGRAMMATO	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
28	TUNOVER TIME PROLUNGATI	Rapporto tra il numero di turnover time superiori a 60 minuti e il numero totale dei turnover time, espresso in percentuale	Definire il cut-off per i turnover time più lunghi e li quantifica identificando eventuali outlier oppure criticità
29	RAW UTILIZATION PER LA SO IN URGENZA	Relativamente alla SO di urgenza, 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 il paziente è in SO, all'interno di una sessione pianificata in SO di urgenza
30	NUMERO DI CASI IN URGENZA IN SESSIONE ELETTIVA	Rapporto tra il numero di sessioni elettive occupate da casi in urgenza e il numero totale di sessioni elettive, espresso in percentuale	Indica quanto spazio hanno le urgenze all'interno di una programmazione ordinaria
31	FUORI SESSIONE	Relativamente alla SO in urgenza, rapporto tra i minuti di lavoro in regime di reperibilità pronta disponibilità e il totale dei minuti di lavoro espresso in percentuale	Indica quanta è la mole di lavoro in regime di pronta disponibilità per chi lavora in SO di urgenza
32	VALUE ADDED TIME	Rapporto percentuale tra il tempo medio chirurgico e il tempo medio di permanenza del paziente nella sala operatoria. 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 e il benchmarking relativo alla performance delle sale operatorie

Indicatori di sicurezza

N	Indicatore	Descrizione	Significato
33	NUMERO E PERCENTUALE DI CHECK LIST SOMMINISTRATE	Numero e percentuale check list compilate. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'attività di controllo per la sicurezza del paziente
34	NUMERO DI EVENTI AVVERSI SEGNALATI	Numero di eventi avversi segnalati. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica gli eventi correlati al processo assistenziale e che comportano danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile

Indicatori di efficienza

N	Indicatore	Descrizione	Significato
35	IMPORTO TARIFFARIO	Importo tariffario espresso in Euro. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'importo tariffario espresso in Euro
36	COSTO PERSONALE	Costo del personale espresso in Euro. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica il costo del personale espresso in Euro

N	Indicatore	Descrizione	Significato
37	RAPPORTO TARIFFARIO PERSONALE SU IMPORTO COSTO	Rapporto tra importo tariffario espresso in Euro e costo del personale espresso in Euro. - Totale e per Unità Operativa chirurgica.	Indica l'efficienza delle attività chirurgiche

Allegato 3 - Analisi della qualità del percorso chirurgico

PERCORSO	
Gruppo proponente	
Data della proposta	
Verificatori	
Data verifica	

N.	Elemento	No	In parte	Si
1.	Documento aziendale locale			
2.	Redazione			
3.	Destinatari e lista di distribuzione			
4.	Gruppo di lavoro e coordinamento			
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni			
6.	Finalità			
7.	Analisi del problema e contesto			
8.	Riferimenti normativi e scientifici			
9.	Criteri di ingresso nel Percorso			
9.	Governance del Percorso chirurgico			
	Gruppo strategico			
	Gruppo di programmazione			
	Pianificazione e programmazione delle attività			
	Gruppo operativo			
	Responsabile unico aziendale - RUA			
	Valutazione della domanda e dei tempi di attesa			
	Definizione del numero e delle attività sale operatorie			
	Regolamento liste attesa			
	Regolamento di sala operatoria			
	Registro operatorio			
	Governo della capacità produttiva			
	Operation management			
10.	Criteri di ingresso nel Percorso			
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del Percorso			

N.	Elemento	No	In parte	Si
	Visita			
	Pre ricovero			
	Degenza pre intervento			
	Intervento			
	Degenza post intervento			
	Follow up			
	Mappatura processo Chirurgico: i 15 eventi fondamentali			
	Check list sicurezza			
12.	Gestione del percorso chirurgico			
	Eventi del percorso			
	Efficientamento			
	Sicurezza			
	Documentazione sanitaria			
	Controllo			
13.	Rappresentazione in forma sintetica			
14.	Definizione dei Percorsi aziendali, diffusione e implementazione			
15.	Monitoraggio, verifica dell'applicazione ed indicatori			
	Audit e feedback			
16.	Piano di miglioramento			
	Diagramma di Gantt			
17.	Archiviazione			
18.	Aggiornamento			
19.	Valutazione di qualità di impatto del percorso			
20.	Riferimenti			
21.	Allegati			

Allegato 4 - Analisi di impatto del percorso chirurgico

PERCORSO	
Gruppo proponente	
Data della proposta	
Verificatori	
Data verifica	

N	Criterio	Evidenza SI	Evidenza NO	Evidenza NV	Stima impatto
1	Coerenza con la metodologia regionale				
2	Modifica delle attuali strutture e/o inserimento di nuove strutture				
3	Modifica delle attuali tecnologie e/o inserimento di nuove tecnologie				
4	Modifica degli attuali device e/o inserimento di nuovi device				
5	Modifica degli attuali esami/test e/o inserimento di nuovi esami/test				
6	Modifica degli attuali farmaci e/o inserimento di nuovi farmaci				
7	Modifica dell'attuale personale e/o inserimento di nuovo personale				
8	Modifica dell'attuale modello organizzativo e/o inserimento di un nuovo modello organizzativo				
9	Individuazione di standard degli indicatori coerenti				
10	Stima impatto economico				

