

Corso di formazione regionale

Linee di indirizzo per il percorso chirurgico

**Materiale didattico omogeneo di supporto
per le attività di informazione e formazione regionale e aziendali**

**Programmazione dei servizi sanitaria e socio-sanitari
Direzione Sanità - Regione Piemonte**

Obiettivi del corso

- Definire le finalità dello sviluppo del percorso chirurgico
- Descrivere le modalità di sviluppo del percorso chirurgico
- Definire le modalità di valutazione e di miglioramento del percorso chirurgico



Il gruppo di lavoro

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

Finalità

- La finalità del documento è di fornire linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per quanto riguarda:
 - il miglioramento del percorso chirurgico
 - il contenimento delle liste di attesa
 - il governo della efficienza della capacità produttiva
 - L'appropriatezza
 - la sicurezza dei pazienti
 - il monitoraggio.
-

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
-

Pianificazione dell'attività chirurgica

- La rimodulazione del rapporto tra la domanda di lista di attesa e la capacità produttiva deve essere gestito 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.
-

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.

Criteri di ingresso nel percorso chirurgico

- 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.

Regolamento per la gestione delle liste di attesa

- 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 regione 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.
-

Classi di priorità dei ricoveri chirurgici

- 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.

Il setting chirurgico appropriato

- Ricovero ordinario
- Day surgery
 - - unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all'interno di un ospedale o di una casa di cura,
 - - posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura,
 - - unità autonoma di day surgery
- Week surgery (autorizzata solo in alcune Aziende)
- Ambulatoriale (semplice e complessa)

Fasi del percorso chirurgico

- Valutazione chirurgica
- Presa in carico
- Prericovero
- Degenza pre intervento
- Fase intraoperatoria
- Fase postoperatoria
- Dimissione e follow up post intervento

Eventi del percorso chirurgico

Eventi (\$)	Denominazione eventi (\$)	Acronimo MdS	Grado di obbligatorietà per MdS	Tipologia 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	Obbligatorio	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	Obbligatorio	Clinica	Bbis (**)	Procedure anestesiolgiche (se sala di induzione)
6	Ingresso in SO	InSO	Obbligatorio	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	Obbligatorio	Clinica	E	Data e ora di incisione della cute o introduzione dello strumento endoscopico o interventistico.
9	Fine procedura chirurgica	EndCh	Obbligatorio	Clinica	F	Data e ora della fine della sutura cutanea o dell'estrazione dello strumento endoscopico o interventistico.
10	Uscita da SO	OutSO	Obbligatorio	Logistica	G	Uscita del paziente dalla sala operatoria.
10.1	Sala ripristinata e pronta	RiprSO	Obbligatorio	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: •il blocco è dotato di recovery room •il paziente viene ivi ospitato

Eventi del percorso chirurgico

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	Obbligatorio	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.

Successione degli eventi

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

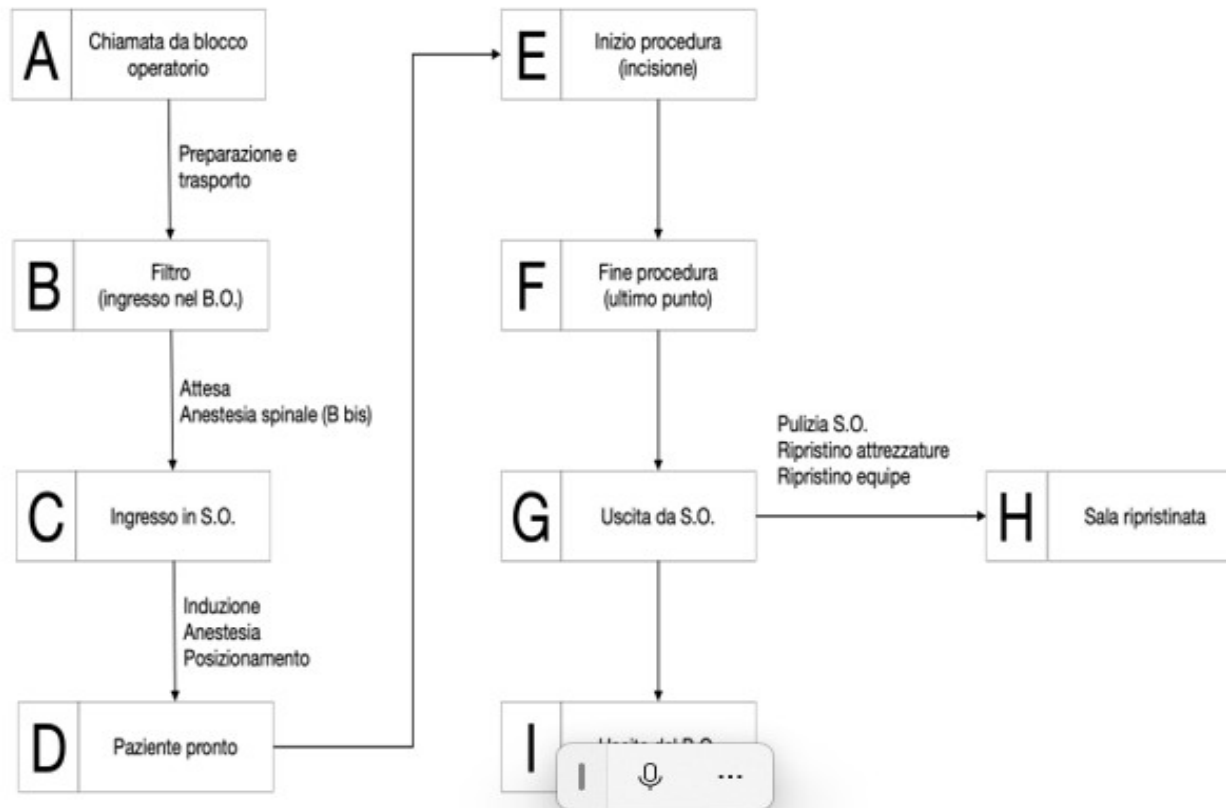


Figura Schema di percorso operatorio ¶

Health technology assessment

- La 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 del rischio clinico

- 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.

Obiettivi fondamentali nella gestione del rischio nel percorso chirurgico

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

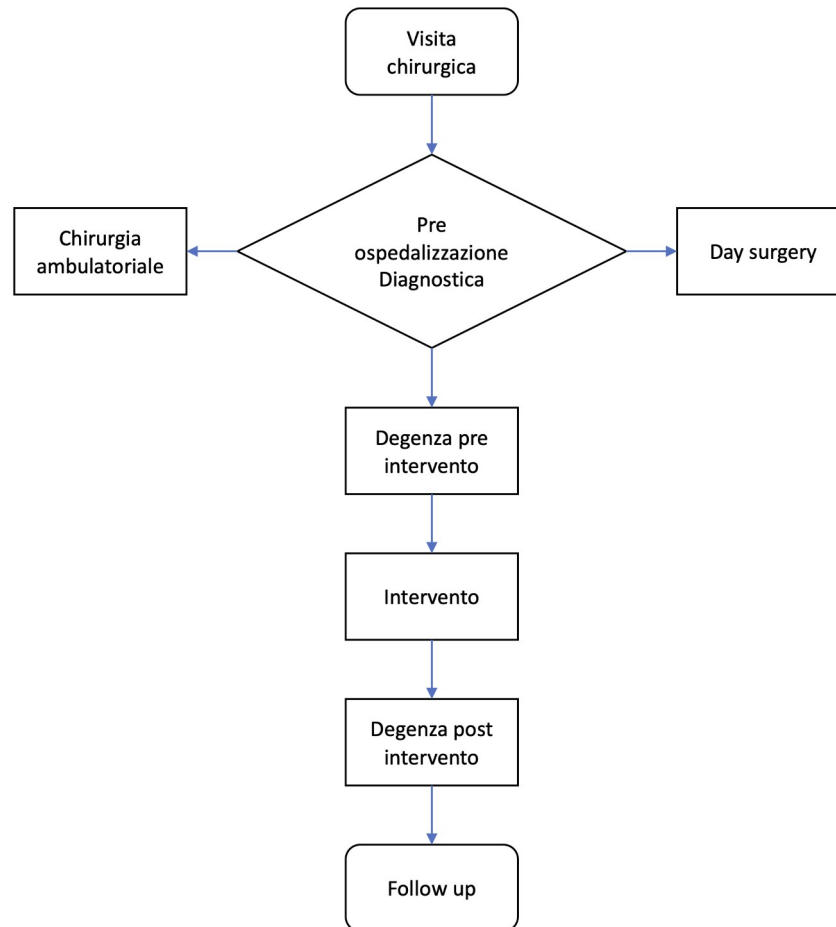
Tabella: Obiettivi fondamentali del Percorso chirurgico

Check list e controlli

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 oper

Rappresentazione sintetica del percorso chirurgico



I percorsi aziendali

- 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.

Monitoraggio e verifica dell'applicazione: gli indicatori

- 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, morbidità), economici come costi diretti e indiretti) e umanistici come qualità di vita, soddisfazione dell'utente (che cosa si ottiene).

Elenco degli indicatori

- 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.

Il piano di miglioramento del percorso chirurgico

- 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.

Allegato 1: i tracciati

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

Allegato 2: Indicatori di sala (esempi)

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 quanta parte del tempo pianificato la sala operatoria è occupata.
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 rispetto al tempo 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'occupazione oltre il tempo 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'occupazione inferiore al tempo 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 tra due interventi consecutivi.
19	TEMPO MEDIO CHIRURGICO	Differenza tra gli eventi fine procedura chirurgica e inizio procedura chirurgica, espressa in minuti.	Indica la durata media dell'intervento.
20	TEMPO MEDIO ANESTESIOLOGICO	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 tra l'arrivo del paziente e l'inizio dell'intervento.
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 tra due interventi consecutivi.
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 produttività della sala operatoria.
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 attesa per l'intervento.
24	TASSO DI CASI CANCELLATI	Rapporto tra il numero di interventi cancellati e il numero di interventi programmati espresso in percentuale.	Indica la variabilità del programma operatorio.

Allegato 2: Analisi di qualità del percorso

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 attese			
	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			
	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

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				