



# Indicazioni per l'organizzazione e la governance del percorso del paziente chirurgico programmato

*in applicazione dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020  
"Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"*

## INDICE

<b>1. RAZIONALE E OBIETTIVI</b>	2
<b>2. GOVERNANCE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO</b>	3
Gruppo strategico	3
Gruppo di programmazione	3
Gruppo operativo	3
Regolamento di sala operatoria	4
<b>3. IL PERCORSO PERI-OPERATORIO</b>	5
<b>A. LA FASE PRE OPERATORIA</b>	6
Preso in carico del paziente e inserimento in lista di attesa	6
Pre-ricovero	7
Programmazione del blocco operatorio	8
Pianificazione delle risorse	8
Nota operatoria settimanale	8
Nota operatoria giornaliera	9
Indicatori fase pre-operatoria	10
<b>B. LA FASE INTRA-OPERATORIA</b>	12
Mappatura del percorso intra-operatorio	12
Indicatori fase intra-operatoria	12
<b>C. LA FASE POST-OPERATORIA</b>	16
Recovery room	17
Terapia intensiva post-operatoria	18
Il bed management	19
Le dimissioni e presa in carico dei primi 30 giorni: il ruolo del territorio	19
Indicatori fase post-operatoria	20

## **1. Razionale e obiettivi**

La chirurgia rappresenta una delle attività più complesse dal punto di vista organizzativo in ambito ospedaliero, configurandosi come elemento caratterizzante delle strutture sanitarie, oltre che il centro di costo più rilevante e l'attività potenzialmente a maggior rischio.

Ciò assume rilevanza primaria nell'attuale contesto di riferimento, caratterizzato, da un lato, dal cosiddetto "*Silver Tsunami*", ossia una crescita della domanda di prestazioni chirurgiche legata a ragioni demografiche e, dall'altro, all'incremento di innovazioni tecnologiche disponibili in chirurgia, a fronte di una disponibilità di risorse economiche e umane non sempre adeguate al fabbisogno e in rapido mutamento. È questo scenario che rende necessaria una gestione efficiente dell'intero percorso chirurgico al fine di contribuire alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alla sicurezza del paziente e degli operatori sanitari, ponendo attenzione all'equità di accesso alle cure per tutti i cittadini.

Da qui, l'esigenza di "misurare" e monitorare il fenomeno e sviluppare modelli organizzativi volti a un incremento di efficienza del percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato.

Il presente provvedimento, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020 "*Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato*" intende fornire alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR) indicazioni organizzative, operative e tassonomia delle fasi del percorso peri-operatorio.

**→ Le Aziende, sulla base delle linee di indirizzo dell'Accordo del 2020 e delle indicazioni fornite con il presente provvedimento, devono predisporre il proprio piano di gestione del percorso del paziente chirurgico programmato, includendo il regolamento di sala operatoria e formalizzando livelli di responsabilità e governance.**

I principi fondanti del succitato Accordo e, conseguentemente del presente provvedimento, sono i seguenti:

- la garanzia del rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico;
- l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico;
- la raccolta dati e il monitoraggio dell'intero percorso chirurgico;
- la conoscenza e il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie;
- la capacità di rendicontare le proprie performance utilizzando strumenti/indicatori efficaci e condivisi.

Obiettivi specifici sono:

- determinare le modalità gestionali e organizzative più idonee al governo della complessità dell'attività dei blocchi operatori;
- individuare le regole generali di attività dei blocchi operatori aziendali (regolamento);
- definire i ruoli, le responsabilità e i compiti delle diverse figure professionali coinvolte nella pianificazione/realizzazione/ del percorso chirurgico;
- definire, pianificare e monitorare le attività che costituiscono il percorso;

- ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali e logistiche, al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica;
- armonizzare gli standard operativi e le raccomandazioni regionali atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema;
- definire la tassonomia, la metrica e il glossario dei tempi e degli indicatori di sala operatoria;
- identificare strategie, iniziative/programmi formativi.

## **2. Governance del percorso del paziente chirurgico programmato**

Il Governo del percorso del paziente chirurgico programmato mette in relazione molteplici operatori e servizi della struttura sanitaria, rendendo necessaria la definizione oggettiva dei flussi decisionali attraverso l'individuazione di una struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo del processo.

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

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

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

### **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 rappresenta inoltre il collegamento tra la Direzione Aziendale e il Gruppo di Programmazione.

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.

### **Gruppo di Programmazione**

Il Gruppo di Programmazione è attivato sempre dalla Direzione Strategica in accordo con il Gruppo Strategico, e ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dal Gruppo Strategico.

### **Gruppo Operativo**

Il Gruppo Operativo è nominato dai Responsabili Aziendali di Sala Operatoria, definiti formalmente da delibere interne. Ha la responsabilità operativa nell'ambito dell'organizzazione dei comparti operatori e in particolare della risoluzione e 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, nel processo di miglioramento.

→ Le Aziende devono esplicitare le figure di governance del percorso e le modalità di coinvolgimento dei professionisti. Devono, inoltre, formalizzare la costituzione dei Gruppi di coordinamento, prevedendo, almeno, un gruppo di programmazione e/o un gruppo strategico con funzione anche di programmazione e il gruppo operativo, di cui all'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020.

### **Regolamento sala operatoria**

Il regolamento di sala operatoria appare un documento fondante per una corretta gestione del Blocco Operatorio e deve essere redatto alla luce dei principi del manuale per la sicurezza in Sala Operatoria da parte del Gruppo di Programmazione, in collaborazione con il Gruppo Operativo e in accordo con il Gruppo Strategico.

Il regolamento 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 dovrebbe prevedere le seguenti sezioni:

- **Funzionamento**
  - descrizione degli orari di inizio e fine attività di ogni Blocco Operatorio;
  - descrizione della modalità di pianificazione e programmazione standard delle Sale Operatorie;
  - descrizione della modalità di gestione degli eventi imprevisti;
- **Responsabilità**
  - presentazione degli organi di governo del processo;
  - descrizione delle responsabilità di ogni attore e organo decisionale coinvolto nel processo di programmazione e di gestione quotidiana;
- **Organizzazione del lavoro e gestione della sala operatoria**
  - modalità e criteri di costruzione e validazione della nota operatoria giornaliera;
  - modalità e criteri di costruzione e validazione della nota operatoria settimanale;
  - situazioni di prolungamento di sala (mattutina o pomeridiana), responsabilità e modalità di gestione;
  - modalità e criteri di gestione dei pazienti in urgenza/emergenza;
  - modalità e criteri di attivazione équipe per urgenze/emergenze notturne e festivi;
- **Monitoraggio**
  - modalità e criteri di monitoraggio della performance e del rispetto delle regole dell'organizzazione;
  - rivalutazione periodica di processo per il miglioramento (audit).

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

→ Le Aziende devono adottare il proprio regolamento di sala operatoria.

### 3. Il percorso peri – operatorio

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

In applicazione di quanto previsto dall'Accordo Rep. Atti n. 100/CSR del 2020, il **percorso peri-operatorio** del paziente ha inizio al momento del suo inserimento in Lista d'Attesa e si conclude al momento della sua dimissione.

Il percorso del paziente chirurgico è scandito dal tempo:

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

La riorganizzazione del percorso del paziente chirurgico programmato, inteso come tempo di cura del paziente, deve necessariamente prendere in considerazione le fasi pre e post-chirurgiche.

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

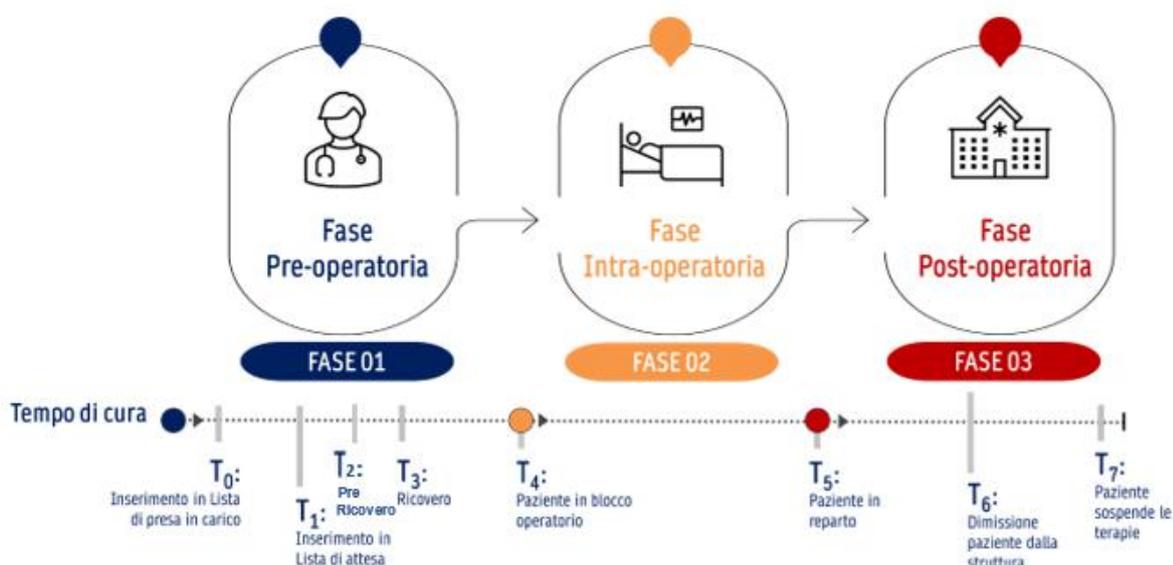


Figura 1 - Percorso peri-operatorio

La definizione di un percorso peri-operatorio dettagliato nelle diverse fasi deve prevedere un sistema strutturato di gestione dei ricoveri programmati e un modello di rilevazione delle informazioni tale da garantire una pianificazione dell'attività chirurgica aziendale attraverso una corretta programmazione dei blocchi operatori e una puntuale pianificazione delle risorse da garantire.

I momenti del percorso peri operatorio:

- T0: Inserimento in lista di presa in carico
- T1: Inserimento in Lista di Attesa
- T2: Esecuzione Pre Ricovero
- T3: Ricovero
- T4: paziente in Blocco Operatorio
- T5: Paziente in Reparto
- T6: Dimissione paziente dalla struttura
- T7: Paziente sospende le terapie

## **A. FASE PRE OPERATORIA**

Il percorso chirurgico prende avvio quando una visita specialistica chirurgica (sia essa in regime istituzionale che in regime libero-professionale) esita in una diagnosi che necessita di intervento chirurgico, valutato il miglior setting assistenziale (ricovero ordinario, day surgery, PACC).

### **Presa in carico del paziente e inserimento in lista d'attesa**

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

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

Il momento della Presa in Carico non sempre coincide con il momento di inserimento in Lista di Attesa, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e, quindi, non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente; oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento. Massima attenzione deve essere posta, quindi, alla definizione del momento in cui il paziente ha i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento (idoneità all'intervento chirurgico).

Pertanto, la data di inserimento in Lista di Attesa corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta definizione dell'indicazione al trattamento chirurgico. Il tempo di attesa sarà calcolato dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione).

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

Lo specialista della struttura a cui afferisce la Lista di Attesa è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto, nonché responsabile dell'attribuzione del caso alla classe di priorità e al setting ospedaliero.

### **Pre-ricovero**

Il percorso di pre-ricovero è attivato per definire il rischio peri-operatorio e dichiarare il paziente ricoverabile/operabile.

Perseguendo l'intento di umanizzazione delle cure è auspicabile che la fase di pre-ricovero venga eseguita con il minor numero di accessi del paziente alla struttura sanitaria.

In relazione alla complessità della struttura sanitaria e della eventuale dislocazione sul territorio di riferimento, è opportuno prevedere processi di centralizzazione delle attività di pre-ricovero. La fase di pre-ricovero raggruppa le attività necessarie a rendere il paziente pronto per la sala operatoria. Viene avviato mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero sulla base del periodo previsto per il ricovero.

Gli obiettivi principali del pre-ricovero sono:

- valutare le condizioni generali del paziente e gli interventi clinico organizzativi da attivare nella fase di attesa;
- determinare il rischio peri operatorio (chirurgico e anestesilogico);
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio peri operatorio;
- definire, in accordo con il paziente, la strategia di gestione peri-operatoria ottimale;
- definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post-operatoria (day surgery, degenza ordinaria, eventuale transito in ambiente intensivo, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione ove prevedibili);
- informare il paziente rispetto alle caratteristiche dell'intervento, dell'anestesia e alle fasi successive durante il ricovero, per facilitare una piena comprensione e conoscenza dell'intero percorso di cura, fino alle condizioni post-dimissione;
- ridurre la durata della degenza e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica.

Il pre-ricovero, dunque, non ha finalità di tipo diagnostico rispetto alla necessità dell'intervento chirurgico. Non rientrano, quindi, nel pre-ricovero le indagini o le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in Lista di Attesa.

Il pre-ricovero rappresenta uno passaggio fondamentale nella gestione del paziente candidato ad

intervento chirurgico programmato e deve essere effettuato nel rispetto di due parametri fondamentali: appropriatezza e tempestività. Per quanto riguarda l'appropriatezza dovranno essere seguite le raccomandazioni in materia di profili e indagini preoperatorie prodotte sulla base di aggiornate evidenze scientifiche. Quanto alla tempestività è opportuno adeguare l'organizzazione delle attività in modo che il paziente possa effettuare la valutazione pre-operatoria una volta inserito in lista di attesa e prossimo al ricovero; pertanto il tempo di esecuzione della visita e degli esami necessari rientra nel tempo di attesa: in questa fase il contatore del tempo di attesa è attivo.

È auspicabile che le Unità Operative provvedano alla programmazione chirurgica con un congruo anticipo, prevedendo di declinare tempi di programmazione certi e coerenti per le attività del pre-ricovero, nonché una adeguata organizzazione.

### **Programmazione del Blocco Operatorio**

Ogni Direzione Aziendale e/o il Gruppo Strategico (o il Gruppo di Programmazione) deve definire e adottare una procedura aziendale (inserendo principi e modalità all'interno del Regolamento di Sala Operatoria), per garantire la pianificazione sistematica degli interventi operatori.

### **Pianificazione Risorse**

Per risorse disponibili si intendono i fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (spazio di sala operatoria, specialisti clinici e tecnici, materiale, apparecchiature e strumentario chirurgico) che si rendono necessari per condurre l'intervento chirurgico con il maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione. Esse rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività.

Le Aziende sono tenute a programmare con una prospettiva temporale ben definita le risorse del Blocco Operatorio, garantendo il pieno utilizzo delle sale operatorie, anche in funzione delle Liste di Attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità.

Nelle situazioni in cui sia garantito il pieno utilizzo delle sale operatorie e permangano criticità nelle liste di attesa, va programmata un'estensione temporale dell'utilizzo delle sale, con eventuale programmazione delle attività su sei giorni, anche per attività chirurgica programmata.

### **Nota operatoria settimanale**

Nella programmazione delle attività del Blocco Operatorio, è fondamentale la definizione della nota operatoria settimanale.

La nota operatoria settimanale deve giungere tempestivamente alle figure coinvolte nel processo, per essere verificata dal Gruppo di Programmazione in termini di integrità e rispetto delle indicazioni interne, con anticipo sufficiente a mettere in atto eventuali correzioni.

La proposta di programmazione settimanale viene prodotta prelevando dalla lista di attesa i pazienti che sono risultati idonei a seguito del pre-ricovero.

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

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

Deve essere correttamente corredata dalle seguenti informazioni:

1. sala operatoria;
2. dati identificativi del paziente;
3. patologia e tipo di intervento previsto;
4. ora di inizio dell'intervento;
5. durata prevista;
6. equipe operatoria;
7. tipo di anestesia pianificata in funzione della valutazione pre-operatoria;
8. lato dell'intervento;
9. posizione del paziente;
10. necessità di emocomponenti;
11. eventuali allergie (ad esempio farmaci, percorso latex e nichel free);
12. necessità di accesso in terapia intensiva o Recovery Room;
13. classificazione igienico-sanitaria dell'intervento;
14. presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare;
15. disponibilità di personale tecnico necessario alla effettuazione dell'intervento (sia interno che esterno all'organizzazione aziendale come tecnici di radiologia, medici nucleari, specialisti).

Come specificato dall' Accordo Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020, devono essere tenuti presenti i criteri di riferimento per la programmazione delle sedute:

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

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

### **Nota operatoria giornaliera**

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

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

1. dati anagrafici del paziente;
2. durata intervento chirurgico;
3. tipologia di intervento e lateralità se necessari;
4. segnalazione di allergie;
5. richiesta trasferimento in terapia intensiva o Recovery Room;
6. richiesta attrezzature/strumentazioni di sala differenti dal setting standard;
7. consumi per paziente almeno dei materiali ad alto costo;
8. indicazione del primo operatore;
9. tipo di anestesia prevista;
10. posizionamento paziente.

### Indicatori fase pre - operatoria

La fase pre-operatoria inizia con l'inserimento nella lista di presa in carico e/o in lista di attesa e si conclude con l'inizio della fase operatoria.

Il monitoraggio della fase pre-operatoria è fondamentale per garantire che le dinamiche della Lista di Attesa e la conseguente pianificazione dei ricoveri siano governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

In Tabella 1 sono riportati gli indicatori afferenti alla fase preoperatoria del percorso e le relative fonti (flussi informativi regionali/ministeriali, sistemi informativi aziendali) e l'eventuale disponibilità o previsione delle informazioni necessarie per il calcolo dell'indicatore.

Per quanto attiene i nuovi indicatori – da M4 a M7 – le aziende devono provvedere ad adattare i sistemi informatici per l'adeguamento ai nuovi flussi informativi.

<i>Indicatore da rilevare</i>		<i>Calcolo</i>	<i>Fonti</i>	<i>Note e campi per il calcolo</i>
<b>M1</b>	<b>Consistenza Lista di Attesa:</b> numerosità di pazienti in lista di attesa stratificati per classe, regime e UO	$LdA = \sum pz \text{ in } LdA$	<b>Flusso SDO</b>  <b>Lista ricoveri</b>	-Numero Nosologico -Classe di Priorità -Regime Ricovero -UO riferimento lista -Data prenotazione (dato non presente se la prestazione non è stata erogata)
<b>M2</b>	<b>Tempo di attesa per classe di priorità:</b> tempi di attesa stratificati per classe, regime e UO. Si ottiene dalla differenza tra la data del ricovero e la data di inserimento in lista di attesa (espresso in giorni)	$LdA = T_3 - T_1$	<b>Flusso SDO</b>	-Classe Priorità -Regime Ricovero -Data prenotazione -Data ricovero -UO riferimento lista
<b>M3</b>	<b>Numero di pazienti oltre soglia:</b> numero di pazienti ricoverati con Tempo di attesa maggiore del tempo di attesa previsto dalla classe di priorità. Stratificati per UO e Regime	$OS = \sum pz TdA > CP$	<b>Flusso SDO</b>	-Numero paziente -Classe Priorità -Data Ricovero -Data prenotazione
<b>M4</b>	<b>Tempo di preparazione:</b> tempo intercorso tra la data di inserimento PIC (Presa in Carico) e la data di inserimento in Lista di	$Tp = \text{Data } LdA - \text{Data PIC}$	<b>Flusso SDO</b>	Da Analizzare la data di PIC se la prestazione non è stata erogata

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
	Attesa, stratificato per Classe di priorità (espresso in giorni)		Lista ricoveri	-Data di presa in carico -Data prenotazione -Classe priorità
M5	Utilizzo del pre-ricovero: numero di pazienti operati che hanno usufruito del pre-ricovero rispetto al numero totale di pazienti operati	$U_{preRic} = \frac{\sum pz \text{ operati con PreRic}}{\sum pz \text{ operati}}$	Flusso SDO, File C-Int (Informazioni pre-ricovero)	Data prestazione per Tipo ricovero '4' dove la data prestazione è precedente alla data di ricovero  -Numero nosologico -Data intervento /procedura -Data pre-ricovero -Data ricovero -Tipo ricovero
M6	Tempo di idoneità: si ottiene dalla differenza fra la data di ricovero e la data in cui è stato eseguito il pre-ricovero (espresso in giorni)	$TI = T_3 - T_2$	Flusso SDO, File C-Int (Informazioni pre-ricovero)	-Numero nosologico -Data prestazione -Data ricovero -Tipo ricovero
M7	Tempo per la chiamata al pre-ricovero: tempo intercorso tra l'inserimento in lista di attesa e l'esecuzione del pre-ricovero (espresso in giorni)	$T_{preRic} = T_2 - T_1$	Flusso SDO  Lista ricoveri	-data prestazione antecedente il ricovero -Data prenotazione -Data intervento / procedura -Tipo ricovero -Data pre ricovero
M8	Tempo di degenza preoperatoria: è il tempo tra la data del ricovero e la fase intraoperatoria (espresso in giorni)	$TPO = T_4 - T_3$	Flusso SDO	-Data ricovero  -Data intervento / procedura

**Tabella 1** - Indicatori della fase preoperatoria

→ Le Aziende devono monitorare puntualmente, redigendo report con cadenza almeno trimestrale, gli indicatori della fase pre-operatoria, avviando da subito il monitoraggio per gli indicatori rilevabili mediante flusso SDO.

→ Per quanto attiene gli indicatori da M4 a M7, le Aziende devono provvedere ad adattare i sistemi informatici per l'adeguamento ai nuovi flussi informativi.

È in capo al Gruppo Strategico/Gruppo di Programmazione la funzione di monitoraggio.

## **B. FASE INTRA-OPERATORIA**

La fase intraoperatoria riguarda la gestione delle attività eseguite per il paziente dal momento in cui accede fino a quando esce dal Blocco Operatorio.

Le Aziende devono pianificare le attività connesse al percorso chirurgico, garantendo il rispetto delle procedure di sicurezza previste all'interno della struttura sanitaria, in ottemperanza al Manuale di sicurezza del paziente in Sala Operatoria, secondo le modalità previste in ciascun Regolamento dei Blocchi Operatori.

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

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

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

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

### **Mappatura del Percorso intra-operatorio**

Il miglioramento di un processo nasce attraverso la sua misurazione, ovvero l'individuazione di una serie di tempi (definiti eventi dall'Accordo del 2020), in grado di descrivere il flusso delle attività eseguite sul paziente e che alla fine ne permette la conoscenza oggettiva e lo sviluppo di indicatori che possano descrivere l'adeguato fluire delle attività del processo, l'efficacia e l'efficienza della cura chirurgica.

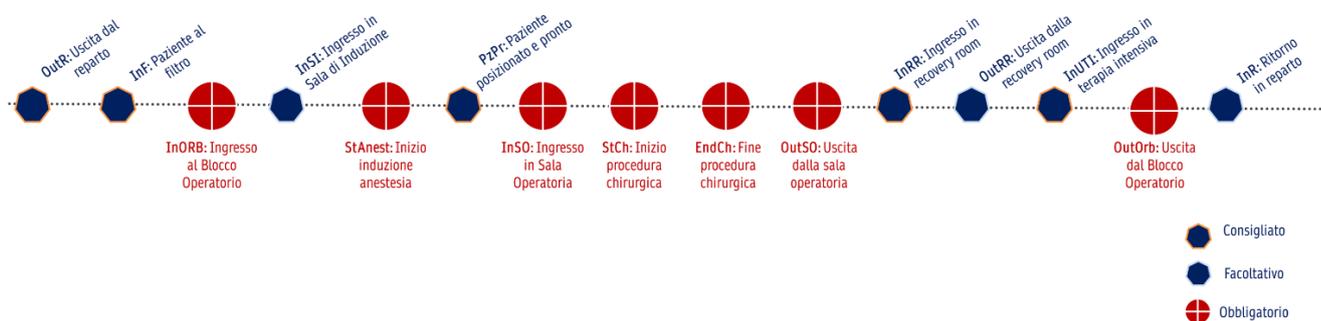
La definizione degli eventi/tempi che devono essere rilevati per la corretta e completa descrizione del percorso chirurgico all'interno del Blocco Operatorio nasce da quelli che sono orari definiti obbligatori a livello normativo a cui sono state aggiunte le rilevazioni necessarie a descrivere il percorso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

### **Indicatori di Fase Intra-Operatoria**

La fase intra-operatoria inizia con l'accesso del paziente nel Blocco Operatorio, in uscita dal reparto, e si conclude con l'uscita dal Blocco Operatorio per il ritorno in Reparto di degenza, con la previsione di un eventuale trasferimento intermedio in aree ad alta intensità di cura (Terapia intensiva).

Nella Figura 2 è riportata una rappresentazione grafica del percorso standard e gli eventi/tempi che devono essere rilevati per la corretta e completa descrizione del percorso chirurgico all'interno del Blocco Operatorio. La rilevazione dei tempi degli eventi fondamentali della fase intra-operatoria è necessaria per una completa declinazione delle attività e per un monitoraggio puntuale degli indicatori riferiti ai singoli eventi.

La rilevazione dei tempi degli eventi fondamentali della fase intra-operatoria è necessaria per una completa declinazione delle attività e per un monitoraggio puntuale degli indicatori riferiti ai singoli eventi, benché siano definiti obbligatori a livello normativo solo alcuni orari (evidenziati in rosso), mentre altri sono da intendersi come consigliati (evidenziati in nero) o facoltativi (evidenziati in blu).



**Figura 1** - I 15 eventi fondamentali del percorso chirurgico in fase intra-operatoria

La Tabella 2 riporta la descrizione degli indicatori standard per la misurazione dell'efficienza organizzativa della fase intra-operatoria, estratti dalla letteratura scientifica di riferimento, e per la valutazione dell'andamento di un fenomeno osservabile in riferimento a un intervallo tra due eventi (attività/tempo di attesa), anche in riferimento alla quantificazione delle ore di sala operatoria, funzionale al governo della capacità produttiva dei blocchi operatori e alla programmazione dell'attività chirurgica.

→ Per il gruppo di indicatori sotto riportato le Aziende Sanitarie devono predisporre l'utilizzo di specifici sistemi informatici per la raccolta, l'analisi e la visualizzazione dei dati, necessari per definire appropriati modelli organizzativi.

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
<b>M9</b>	<b>Raw Utilization:</b> rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale di ore di SO assegnate (espresso in giorni)	$RU = \frac{\sum OutSO - InSO}{tSO} \cdot \%$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora uscita/entrata dalla Sala Operatoria -Sala Operatoria -Ore Assegnate alla Sala Operatoria
<b>M10</b>	<b>Start-Time Tardiness:</b> differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio	$LdA = StCh - InizioProgr$	Sale operatorie	-Ora inizio intervento -Ora inizio intervento programmato

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
	programmato della procedura chirurgica (espresso in giorni)		Anagrafica sale operatorie	-Data intervento / procedura
M11	<b>Over-Time:</b> differenza tra uscita dalla SO dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT (espresso in minuti) (OutSO>FineSLOT)	$OT = OutSO - FineSLOT$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora uscita sala operatoria -Sala operatoria -Data intervento/procedura -Ora ultima uscita da sala operatoria programmata
M12	<b>Under – Utilization:</b> differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e il momento di uscita dalla SO (espresso in minuti) (FineSLOT>OutSo)	$UU = FineSlot - OutSO$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora uscita sala operatoria -Sala operatoria -Data intervento/procedura -Ora ultima uscita da sala operatoria programmata
M13	<b>Turnover Time:</b> differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla SO del paziente precedente (espressa in minuti)	$TT = InSO_{pz2} - Out_{pz1}$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora uscita/entrata dalla Sala Operatoria -Sala Operatoria -Data intervento / procedura
M14	<b>Tempo medio chirurgico:</b> differenza tra gli eventi fine procedura chirurgica e inizio procedura chirurgica (espressa in minuti)	$T_{chir} = EndCh - StCh$	Flusso SDO	-Ora inizio intervento -Ora fine intervento (da prevedere) -Data intervento / procedura
M15	<b>Tempo medio anestesilogico:</b> differenza tra gli eventi paziente posizionato e pronto e inizio induzione anestesia (espressa in minuti)	$T_{anest} = PzPr - StAnest$	Sale operatorie	-Data intervento / procedura -Ora inizio induzione anestesia -Ora paziente posizionato e pronto
M16	<b>Numero di interventi per slot:</b> numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo assegnata in fase di programmazione) (espresso come media)	$N = \frac{n \text{ interventi}}{n \text{ SLOT}}$	Anagrafica sale operatorie	-Sala operatoria -Ore assegnate a sala operatoria -Slot assegnate a sala operatoria
M17	<b>Touch time:</b> differenza tra il momento in cui il paziente esce dalla Sala Operatoria e l'inizio delle attività di induzione all'anestesia	$T_{anest} = OutSO - StAnest$	Sale operatorie	-Ora uscita da sala operatoria -Ora inizio induzione anestesia
M18	<b>Tasso di casi cancellati:</b> rapporto tra il numero di interventi cancellati e il numero di interventi programmati (espresso in percentuale)	$CC = \frac{n \text{ intervanc}}{n \text{ intervprog}} \%$	Sale operatorie Lista ricoveri	-Intervento programmato -Intervento cancellato (stato dell'intervento)
M19	<b>Percentuale di pazienti inviati in Recovery room:</b> rapporto tra il numero di pazienti	$RR = \frac{n \text{ pz in RR}}{n \text{ pz operati}} \%$	Sale operatorie	-Data intervento / procedura -Ora ingresso in recovery room

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
	inviati in Recovery Room e il totale dei pazienti operati (espresso in percentuale)		Flusso SDO	-Ora uscita in recovery room -Numero paziente -Numero nosologico
M20	<b>Percentuale di pazienti inviati in terapia intensiva:</b> rapporto tra il numero di pazienti inviati in UTI e il totale dei pazienti operati (espresso in percentuale)	$UTI = \frac{n \text{ pz in UTI}}{n \text{ pz operati}} \%$	Flusso SDO	-Data intervento/procedura -Ora ingresso in terapia intensiva -Ora uscita in terapia intensiva -Numero paziente -Numero nosologico
M21	<b>Tasso di utilizzo programmato:</b> rapporto tra il tempo di SO programmato dal chirurgo in nota operatoria e il totale di ore di SO assegnate (espresso in percentuale)	$UP = \frac{t \text{ programmato}}{tSO} \%$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Data Intervento / procedura -Ora uscita da sala operatoria -Ora entrata in sala operatoria -Sala operatoria -Ore assegnate sala operatoria
M22	<b>Turnover time prolungati:</b> rapporto tra il numero di turnover time superiori ai 60 minuti e il numero totale dei turnover time (espresso in percentuale)	$TTP = \frac{n \text{ TT} > 60 \text{ min}}{nTT} \%$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora uscita da sala operatoria -Ora entrata in sala operatoria -Sala operatoria -Data Intervento / procedura
M23	<b>Raw utilization per la SO di urgenza:</b> 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)	$RU_U = \frac{\sum OutSO_U - InSO_U}{tSO_U} \%$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora uscita da sala operatoria -Ora entrata in sala operatoria -Sala operatoria -Ore assegnate sala operatoria
M24	<b>Numero di casi in urgenza in sessione elettiva:</b> rapporto tra il numero di sessioni elettive occupate da casi di urgenza e il numero totale di sessioni elettive (espresso in percentuale)	$UinE = \frac{n \text{ elettive urgenza}}{n \text{ elettive}} \%$	Anagrafica sale operatorie	
M25	<b>Fuori sessione:</b> relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra i minuti di lavoro in regime di reperibilità pronta disponibilità e il totale dei minuti di lavoro (espresso in percentuale)	$FS = \frac{\text{minuti lav rep}_u}{\text{minuti lav tot}_u} \%$	Anagrafica sale operatorie	

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
<b>M26</b>	<b>Value added time:</b> rapporto percentuale tra il tempo medio chirurgico (indicatore M14) 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	$VAT = \frac{EndCh - StCh}{OutSO - InSO} \%$	<b>Sale operatorie</b>  <b>Anagrafica sale operatorie</b>	-Ora inizio intervento -Ora fine intervento -Ora uscita da sala operatoria -Ora entrata in sala operatoria -Sala operatoria

→ Le Aziende devono monitorare puntualmente, redigendo report con cadenza almeno trimestrale, gli indicatori della fase intra-operatoria, prevedendo l'adeguamento dei sistemi gestionali di Sala Operatoria per consentire la rilevazione degli eventi indicati.

È in capo al Gruppo Strategico/Gruppo di Programmazione la funzione di monitoraggio.

### C. FASE POST-OPERATORIA

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

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

Un elemento rilevante è rappresentato dal regime di ricovero: nel caso di attività ambulatoriale oppure di day surgery la fase post-operatoria dovrà garantire, oltre a un'attenta valutazione del paziente in fase di dimissione, la gestione di tutti gli aspetti di carattere organizzativo volti a garantire la continuità dell'assistenza; nel caso invece di interventi per cui sia appropriato il ricovero in regime ordinario, diventa preponderante in questa fase la necessità di una presa in carico multidisciplinare delle problematiche cliniche del paziente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Recovery Room**

La Recovery Room è un'area logisticamente inserita nell'ambito del Blocco Operatorio, o nelle immediate vicinanze dello stesso e deve essere dotata di personale qualificato e di attrezzature idonee al monitoraggio e al trattamento post-operatorio dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico o a trattamento diagnostico Invasivo.

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

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

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

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

Ogni Azienda è tenuta a definire criteri, modalità e responsabilità dell'organizzazione della Recovery Room e dovranno essere definite:

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

### **Terapia Intensiva Postoperatoria**

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

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

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

- strutturali, tra cui la presenza di un accesso almeno funzionale al Blocco Operatorio;
- tecnologici, inerenti all'esecuzione di cure "tecnologiche" ed "intensive";

- organizzativi, definizione di percorsi, processi e procedure.

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

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

## **Il Bed Management**

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

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

## **Dimissione e presa in carico dei primi 30 giorni: il ruolo del territorio**

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

È necessario preparare tempestivamente il paziente alla dimissione:

- assicurare un'adeguata informazione - educazione;
- facilitare l'utilizzo delle strutture ambulatoriali;
- promuovere il lavoro interdisciplinare in ospedale;
- garantire continuità assistenziale ospedale - territorio;
- controllare in regime ambulatoriale le complicanze minori;
- ridurre la degenza post-operatoria o l'eventuale ri-ospedalizzazione;
- definire i tempi medi di follow-up riferito a ciascun intervento chirurgico.

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

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

→ Nell'ambito del piano aziendale di gestione del percorso del paziente chirurgico programmato, le Aziende devono definire e formalizzare i percorsi della fase post-operatoria.

### Indicatori di Fase Intra-Operatoria

Nella fase post-operatoria grande, da un punto di vista organizzativo, grande rilevanza riveste la funzione di analisi e programmazione delle diverse possibilità di uscita del paziente dalla struttura per acuti, quale funzione di programmazione delle dimissioni; è infatti possibile una standardizzazione dei diversi percorsi individuabili per i pazienti in dimissione, relativamente alla necessità o meno di attivare programmi riabilitativi o di assistenza e aiuto diretto alla persona, attraverso la predisposizione di attività al domicilio erogabili dai servizi territoriali.

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

La Tabella 3 riporta la descrizione degli indicatori standard per la misurazione dell'efficienza organizzativa della fase post-operatoria.

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
<b>M27</b>	<b>Tasso di reingressi in sala operatoria:</b> rapporto tra i reingressi in Sala Operatoria non programmati avvenuti per motivi clinici connessi al primo intervento e il numero di interventi effettuati. Può essere valutato dopo 7, 15 o >30 giorni dall'intervento chirurgico (espresso in percentuale)	$R = \frac{N \text{ pz rientrati in SO}}{N \text{ interventi effettuati}}$	Flusso SDO	-Data intervento /procedura -Numero paziente -Numero nosologico
<b>M28</b>	<b>Tasso di conversione da regime di day surgery a ricovero ordinario:</b> rapporto tra il numero di pazienti ricoverati in regime di Day Surgery e successivamente convertiti in	$C = \frac{N \text{ conversioni DS - ORD}}{N \text{ interventi DS effettuati}}$	Flusso SDO	-Modalità di dimissione -Numero paziente -Numero nosologico -Regime ricovero

Indicatore da rilevare		Calcolo	Fonti	Note e campi per il calcolo
	regime di ricovero ordinario e il totale degli interventi eseguiti in regime di Day Surgery (espresso in percentuale)			
<b>M29</b>	<b>Tempo di degenza postoperatoria:</b> differenza tra la data di dimissione e la data di esecuzione dell'intervento chirurgico (espresso in giorni)	$T_{degPO} = T_6 - T_5$	Flusso SDO	-Numero paziente -Numero nosologico -Data dimissione -Data intervento /procedura
<b>M30</b>	<b>Riamessi in RR/TIPO entro 24h:</b> rapporto tra il numero di pazienti rientrati in RR o TIPO entro 24 ore ed il numero totali di accessi. Questo indicatore può essere calcolato per la RR e per la TIPO	$Rin = \frac{N \text{ pz rientrati in RR/TIPO}}{N \text{ interaccessi totali}}$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora ingresso/uscita in recovery room ora ingresso in terapia intensiva ora uscita in terapia intensiva -Data intervento /procedura -Numero paziente -Numero nosologico -Ora ingresso/uscita terapia intensiva
<b>M31</b>	<b>Pazienti ricoverati in RR/TIPO non previsti:</b> rapporto tra il numero di pazienti programmati ammessi in RR o TIPO non previsti	$Rin = \frac{N \text{ pz in RR/TIPO non previsti}}{N \text{ interaccessi totali}}$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora ingresso/uscita in recovery room ora ingresso in terapia intensiva ora uscita in terapia intensiva -Data intervento /procedura -Numero paziente -Numero nosologico -Ora ingresso/uscita terapia intensiva
<b>M32</b>	<b>Pazienti in TIPO da PACU-RR:</b> rapporto tra il numero di pazienti trasferiti in TIPO da PACU-RR rispetto al numero totale di pazienti con accessi a RR	$RR_{TIPO} = \frac{N \text{ pz in RR - PACU a TIPO}}{N \text{ totali accessi in RR}}$	Sale operatorie Anagrafica sale operatorie	-Ora ingresso/uscita in recovery room ora ingresso in terapia intensiva ora uscita in terapia intensiva -Data intervento /procedura -Numero paziente -Numero nosologico -Ora ingresso/uscita terapia intensiva -Ora ingresso/uscita PACU

→ Le Aziende devono monitorare puntualmente, redigendo report con cadenza almeno trimestrale, gli indicatori della fase post-operatoria, prevedendo l'adeguamento dei sistemi gestionali di Sala Operatoria per consentire la rilevazione degli eventi indicati.

È in capo al Gruppo Strategico/Gruppo di Programmazione la funzione di monitoraggio.