



ALLEGATO 1

Linee di indirizzo per la Regolamentazione del Percorso Chirurgico e l'Organizzazione dei Blocchi Operatori nell'ASUR Marche

Gruppo di lavoro ASUR Marche:

Daniela Antonelli, Remo Appignanesi, Marco Baldelli, Paolo Maria Bellucci, Valeria Benigni, Tonino Bernacconi, Andrea Cani, Luigi Capriotti, Marco Chiarello, Luisanna Cola, Daniela Corsi, Amelia Falleroni, Virginia Fedele, Maurizio Francesconi, Giorgio Forlini, Stefania Mancinelli, Maria Rita Mazzocanti, Paola Migliorelli, Anna Fiorenza Padovani, Massimo Palazzo, Tiziana Principi, Diana Sansoni, Manuela Silvestrini

1. Premessa

La regolamentazione del percorso chirurgico e la organizzazione dei Blocchi Operatori sono state oggetto di approfondite riflessioni ed azioni di miglioramento sia a livello delle singole Aree Vaste, sia a livello centrale ASUR in apposito Tavolo Tecnico. A seguito della lettura ed esame delle procedure in essere, nonché della mappatura degli elementi di omogeneità/disomogeneità sviluppata dal gruppo “Organizzazione Blocchi Operatori/Percorso Chirurgico”, si è reso necessario redigere il presente documento, che intende uniformare ed omogenizzare l’assetto organizzativo.

Gli elementi prioritari per la sicurezza e l’efficienza delle attività chirurgiche sono:

- La garanzia del rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico;
- L’informatizzazione dell’intero percorso chirurgico;
- L’integrazione tra i numerosi attori che interagiscono ai vari livelli del percorso;
- La conoscenza e il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie.

2. Scopo

Gli scopi del documento sono i seguenti:

- Definire i ruoli, le responsabilità e i compiti delle diverse figure professionali coinvolti nella pianificazione delle attività chirurgiche, coerentemente con assetti organizzativi definiti con le Determine aziendali;
- Definire, pianificare e monitorare, sia a livello centrale che a livello locale, le attività che compongono il processo di programmazione chirurgica;
- Definire le interfacce e le modalità di comunicazione tra i soggetti coinvolti;
- Individuare le regole generali, le modalità gestionali ed organizzative di attività dei blocchi operatori aziendali;
- Raggiungere e mantenere standard operativi atti a garantire la sicurezza e l’efficienza del sistema;
- Ottimizzare l’impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali ed impiantistiche al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza ed economicità.

3. Campo di applicazione

Le linee di indirizzo si applicano a tutti i Blocchi Operatori ASUR in cui si effettuano attività di Chirurgia Generale e/o Specialistica in ambito elettivo (regime ambulatoriale, day surgery, ordinario) o di urgenza.

Per gli aspetti organizzativi di maggior dettaglio si fa riferimento alle Procedure di Area Vasta ed a specifici regolamenti e declinazioni.

4. Riferimenti normativi

1. DGRM 1345 del 30/09/2013: “Riordino delle Reti cliniche nella Regione Marche;
2. DGRM 1219 del 27/10/14: “Modifica della deliberazione 1345713 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione marche e della deliberazione n.551/13 concernente la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR”
3. DM 70/15 – Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
4. Linee Guida ISPSEL 2009 – 2014 “Linee guide per la definizione degli standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori”;

5. Decreto del Servizio Salute n.80/S04 del 20/12/06 - Linee guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili. Annullamento del decreto n. 77/S04 del 12.12.2006.

5. Terminologia

Proposta di intervento chirurgico: è il documento rilasciato da un medico, nel quale a fronte di una diagnosi, si prospetta la proposta di intervento ad un paziente.

Elezione: è una caratteristica 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.

Urgenza: è una caratteristica 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.

Tempo di attesa: periodo temporale che va dall' inserimento in lista di attesa all'effettiva erogazione del servizio (intervento), al netto dei tempi di preparazione all'intervento dovuti alle terapie neo-adiuvanti.

Certificato di inserimento in lista di programmazione: è il documento che viene rilasciato al paziente al momento della presentazione della Proposta intervento chirurgico e conseguente inserimento in lista.

Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili: è il registro che contiene le liste di attesa suddivise per Classe di Priorità e Setting assistenziale

6. Responsabilità

Il Direttore Medico del Presidio Unico è responsabile della integrazione efficiente, efficace ed equa delle risorse dedicate disponibili, fornendo indirizzi generali ed operativi secondo le linee strategiche di Area Vasta.

Collabora con lo Staff di Gestione Blocchi Operatori nella definizione ed attribuzione delle ore di sala operatoria in considerazione della disponibilità programmata di posti letto e degli altri fattori produttivi.

Il Direttore Medico di Presidio è responsabile inoltre del monitoraggio delle attività e dell'accesso programmato alle prestazioni (tempi di attesa interventi elezione). Vigila sulla tenuta dei registri di ricovero e sul rispetto delle norme vigenti regionali e nazionali.

Il Dirigente Medico Responsabile Area Blocchi Operatori condivide e collabora con il Direttore Medico di Presidio, il Direttore del Dipartimento di Emergenza/Urgenza, il Direttore Dipartimento Chirurgico, il Direttore del Dipartimento delle Specialità Chirurgiche, il Direttore del Dipartimento Materno Infantile ed il Direttore del Servizio Professioni Sanitarie per la definizione della strategia aziendale per la programmazione dell'offerta chirurgica. E' responsabile:

- della gestione operativa e monitoraggio delle attività chirurgiche;
- della ottimizzazione /efficientamento delle attività chirurgiche;
- del mantenimento dei livelli qualitativi e di sicurezza delle attività chirurgiche;
- delle performances delle équipes chirurgiche in relazione all'ottimizzazione delle sedute di Sala Operatoria assegnate;

- della verifica della corretta attribuzione delle ore di Sala Operatoria, alle diverse Strutture Chirurgiche, in considerazione della disponibilità programmata di posti letto e degli altri fattori produttivi;
- della valutazione di fattibilità della programmazione proposta dai Direttori di Strutture Chirurgiche, considerata anche la disponibilità dei posti letto.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dal presente paragrafo, il responsabile Area Blocchi Operatori si interfaccia quotidianamente con tutti i professionisti che utilizzano l'ambiente operatorio; predisponde di concerto con questi ultimi, entro novembre dell'anno precedente a quello di esercizio, una calendarizzazione annua di massima relativa all'assegnazione delle sedute operatorie alle singole specialità.

I Direttori dei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza, Chirurgia, Specialità Chirurgiche e Materno Infantile, condividono e collaborano con il Direttore Medico di Presidio, il Responsabile Area Blocchi Operatori e il Direttore del Servizio Professioni Sanitarie per la definizione della strategia aziendale per la programmazione dell'offerta chirurgica.

Sono responsabili della definizione delle classi di priorità per ciascuna tipologia di intervento chirurgico nel rispetto della normativa vigente e delle procedure di Area Vasta.

Supervisionano l'attività dei Responsabili di Area Chirurgica di verifica della corretta attribuzione delle priorità indicate dalle singole U.O. chirurgiche in tutte le strutture ospedaliere di Area Vasta promuovendo il confronto tra i vari professionisti.

Il Direttore Servizio Professioni Sanitarie condivide e collabora con il Direttore Medico di Presidio, i Direttori dei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza, Chirurgia, Specialità Chirurgiche e Materno Infantile, il Responsabile Area Blocchi Operatori affinché vengano garantite le risorse quali-quantitative idonee per la programmazione dell'offerta chirurgica.

E' responsabile in collaborazione delle altre figure delle politiche di formazione e addestramento del personale di competenza, mirate al mantenimento degli skill professionali a salvaguardia dei livelli di servizio e della risposta all'urgenza/emergenza.

Il Collaboratore Professionale Infermieristico con ruolo di coordinamento del Blocco Operatorio, per ogni struttura ospedaliera è individuata tale figura, che fa parte dello Staff di Gestione Blocchi Operatori, con cui collabora nella definizione ed attribuzione delle ore di sala operatoria alle diverse Strutture Chirurgiche, in considerazione della disponibilità programmata di posti letto e degli altri fattori produttivi:

- Coordina e gestisce le risorse infermieristiche e del personale di supporto alle attività assistenziali, garantendo la corretta allocazione delle risorse necessarie per lo svolgimento delle sedute operatorie e della continuità oraria del personale in regime di pronta disponibilità;
- E' responsabile dell'approvvigionamento e gestione dei farmaci, presidi e dispositivi necessari a garantire il corretto svolgimento della programmazione operatoria stabilita, nonché della tenuta delle apparecchiature in carico alla struttura.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dal presente paragrafo, il Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio si interfaccia quotidianamente con tutti i professionisti che utilizzano l'ambiente operatorio.

I Direttori delle Strutture Complesse e Semplici Chirurgiche sono responsabili:

- della proposta di pianificazione in collaborazione con lo Staff Gestione dei Blocchi Operatori, degli interventi programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità e delle regole condivise di ottimizzazione e scorrimento delle liste;

- della verifica della attribuzione delle classi di priorità utilizzate dai medici specialisti facenti parte delle strutture Chirurgiche da loro dirette, per i pazienti in lista di attesa;
- della corretta compilazione, della tenuta e della conservazione del Registro Operatorio.

Il Medico specialista è responsabile:

- dell'appropriato reclutamento dei pazienti;
- della compilazione completa della scheda di Proposta di Intervento Chirurgico;
- della corretta attribuzione al paziente della classe di priorità ai fini del suo inserimento in lista di attesa;
- delle informazioni fornite al paziente circa le modalità di gestione della lista di attesa;
- di illustrare al paziente gli elementi necessari ad ottenerne un consenso informato per l'effettuazione dell'intervento/procedura proposto;
- inoltre è tenuto a motivare esplicitamente l'eventuale proposta di modifica della classe di priorità individuate nelle procedure aziendali.

Lo Staff Gestione di Blocchi Operatori di ogni Area Vasta è costituito dal Responsabile Blocco Operatorio, da un Dirigente Medico della Direzione Medica di Presidio e dal Coordinatore Infermieristico Blocchi Operatori, ed ha la funzione di facilitare il funzionamento delle Sale Operatorie all'interno di ogni struttura ospedaliera e si interfaccia con tutti i professionisti che operano nel blocco operatorio.

Gruppo Tecnico Aziendale ASUR di Programmazione Chirurgica, istituito dal Direttore Sanitario, è deputato a dare le linee di indirizzo per la gestione del percorso chirurgico in elezione, su tutto il territorio aziendale, sulla base delle strategie definite dalla Direzione ASUR Marche.

Il Gruppo tecnico aziendale è composto da:

1. Direttore Sanitario ASUR
2. 1 Dirigente Medico dello Staff Direzione Sanitaria ASUR
3. 1 Direttore Medico di Presidio Ospedaliero
4. 1 Direttore di UOC Governo Clinico/Rischio Clinico
5. 1 Direttore/Responsabile Medico Area Blocchi Operatori
6. 1 Direttore Dip. Emergenza/Urgenza
7. 1 Direttore Dip. Chirurgico/Specialità Chirurgiche
8. 1 Direttore Dip. Materno Infantile
9. 1 Collaboratore Professionale Infermiere con funzione di coordinatore del B.O.
10. 1 Direttore delle Professioni Sanitarie Area Infermieristica/Ostetrica
11. 1 Direttore/ Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
12. 1 Referente SIA
13. 1 Referente Controllo di Gestione
14. 1 Amministrativo

Il Gruppo Tecnico Aziendale valuta periodicamente l'attività di:

- Monitoraggio liste di attesa e tempi di attesa;
- Monitoraggio della domanda e dell'offerta;
- Monitoraggio dei principali indicatori di efficienza.

Inoltre il Gruppo Tecnico Aziendale:

- Segnala alle AA.VV. la necessità di pervenire alla rimodulazione dell'offerta in base all'andamento della domanda anche tramite la allocazione delle risorse;
- Valuta la presenza dei criteri di autorizzazione/accreditamento;
- Valuta la presenza di procedure, protocolli idonei ed aggiornati;

- Valuta e propone l'attività di formazione finalizzata al mantenimento delle abilità ed all'innovazione.

7. Descrizione delle attività

7.1.1 Visita Specialistica

(Responsabile: medico specialista)

Il percorso 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.

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. Nessun paziente deve essere inserito in lista di attesa fin tanto che l'approccio chirurgico rappresenti solo uno dei trattamenti possibili) e "attuale" (la Proposta di Intervento Chirurgico implica la valutazione della tempestività del trattamento chirurgico. Non devono pertanto essere inseriti in lista di attesa pazienti per i quali il trattamento chirurgico si renderà necessario solo in un futuro, in ragione della evoluzione naturale della malattia da cui sono affetti).

Il medico specialista dovrà compilare, dopo qualsiasi visita chirurgica sia in regime istituzionale che in libera professione che si concluda con la proposta di un intervento chirurgico, apposito modulo, a tendere informatizzato.

Nella compilazione delle informazioni si ricorda che sono obbligatori i campi con:

- Dati anagrafici del paziente;
- Descrizione Diagnosi principale e relativa codifica ICD9_CM;
- Descrizione della Procedura Chirurgica principale e relativa codifica ICD9_CM;
- Classe di priorità
- Setting assistenziale appropriato (ordinario, day surgery, ambulatoriale)

Il paziente al termine della visita chirurgica che si conclude con la necessità di esecuzione di un intervento chirurgico, dovrà ricevere dal chirurgo copia del modulo relativo alla Proposta di Intervento Chirurgico.

Al termine del percorso precedente segue la visita anestesiologicala programmata che viene inserita nel percorso preoperatorio del Paziente in elezione, terminata la quale il Paziente è definitivamente inserito nella lista di attesa e nella classe di priorità.

L'ambulatorio anestesiologicalo, pertanto, si inserisce nella programmazione del percorso del prericovero chirurgico con apposito regolamento interno.

7.1.1.1 Attribuzione dei criteri di priorità

(Responsabile: medico specialista)

Il Medico specialista attribuisce al paziente una classe di priorità sulla base delle indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni del 14/02/2002.

Ogni eventuale deroga alle suddette indicazioni dovrà essere esplicitamente motivata.

I criteri da utilizzare devono far riferimento a:

- Condizione clinica e natura della patologia;
- Presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia;
- Casi eccezionali che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purchè esplicitamente dichiarati dal medico che compila la Proposta di Intervento Chirurgico.

In base al Decreto del Servizio Salute n.80/S04 del 20/12/06 - Linee guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili. Annullamento del decreto n. 77/S04 del 12.12.2006, le classi di priorità previste sono:

Classe priorità per ricovero	Indicazioni	Sottoclassi
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi	La tempistica ed i criteri con i quali definire le sottoclassi vanno definite negli aspetti clinici ed organizzativi con i professionisti
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o gravi disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi.	
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi	
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi	

7.2 Gestione del Registro di Prenotazione

La corretta gestione del Registro di Prenotazione deve garantire il rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico.

7.2.1 La tracciabilità dei contatti con i pazienti

Qualsiasi contatto (telefonico e non) avvenuto con il paziente deve essere opportunamente registrato su apposito registro aziendale, avendo cura di indicare sempre la data e ora del contatto, le eventuali non risposte telefoniche, i rinvii e l'eventuale rinuncia.

Rinvio: I rinvii, sia degli appuntamenti della pre ospedalizzazione sia della data di intervento possono avvenire per motivi personali del paziente e/o per motivi organizzativi e/o clinici.

Nel caso di rinvii per motivi personali del paziente dovrà essere registrata la data in cui il paziente desidera essere ricontattato (il tempo intercorrente tra la data in cui rinvia e la data in cui vuole essere nuovamente contattato viene sottratta dal calcolo del tempo di attesa). Saranno ammessi un **massimo di 2 rinvii**. Alla terza richiesta di rinvio la prenotazione sarà annullata (eliminazione del paziente dalla lista di attesa) ed il percorso chirurgico dovrà essere eventualmente avviato nuovamente tramite una nuova visita specialistica.

Nel caso di rinvii per motivi organizzativi e/o clinici le procedure di Area Vasta dovranno prevedere la corretta gestione del reinserimento nella lista di attesa nel più breve tempo possibile.

7.2.2 Le regole di scorrimento della lista di attesa

Lo scorrimento della lista di attesa deve avvenire, indipendentemente dal regime previsto (istituzionale o LP) rispettando i seguenti criteri:

- **Classe di priorità;**
- **Ordine progressivo;**
- **Non risposta alla chiamata;**
- **Non disponibilità del paziente.**

Le eventuali modifiche della classe di priorità devono essere chiaramente motivate e documentate. Deroga a tale indicazione può aversi solo in caso di modifiche delle condizioni cliniche del paziente, che dovranno essere debitamente documentate, registrando il motivo specifico della modifica e il medico che l'ha richiesta.

7.2.3 La revisione/aggiornamento delle liste di attesa

La revisione/aggiornamento delle liste di attesa, da effettuare da parte del personale preposto alla gestione dei registri di prenotazione e/o degli Staff Gestione di Blocchi Operatori, deve avvenire con orizzonte semestrale (entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno) per tutti i pazienti (gli assistiti) in lista di attesa che hanno, al momento dell'attività di pulizia, un'attesa maggiore di sei mesi. Sul registro aziendale dovrà essere opportunamente registrata la data di contatto con il paziente e l'esito del contatto stesso.

Il paziente dovrà essere a conoscenza di tale attività di revisione/aggiornamento delle liste sin dal momento in cui effettua la visita specialistica. Infatti tale informativa dovrà essere presente nella stampa della Proposta di Intervento Chirurgico.

7.3 La programmazione chirurgica

Il processo di programmazione chirurgica, volto ad ottenere il miglioramento continuo del processo stesso e all'utilizzo ottimale delle risorse, è definito secondo queste tre fasi:

1. Programmazione strategica:

Il Direttore di Area Vasta condivide col Direttore Medico del P.O.U. il programma strategico per giungere agli obiettivi previsti (contenimento liste di attesa, ecc.), fornendo le indicazioni di competenza sull'allocazione delle risorse umane e materiali necessarie.

Il Direttore Medico del P.O.U. condivide gli obiettivi con il Responsabile Medico Area Blocchi Operatori, il direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, il Direttore del Dipartimento delle Specialità Chirurgiche, il Direttore del Dipartimento Materno Infantile ed il Direttore del Servizio Professioni Sanitarie.

2. Programmazione tattica:

Il Responsabile Medico Area Blocchi Operatori in collaborazione con lo Staff di Gestione dei Blocchi operatori, sulla base delle indicazioni fornite dalla programmazione strategica, definisce le ore di sala operatoria con orizzonte trimestrale. Tale attività viene condivisa con i Direttori delle Unità Operative coinvolte e deve tener conto non solo dell'andamento della lista di attesa, ma anche della performance delle équipe chirurgiche valutando l'efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie. Il Responsabile Medico Area Blocchi Operatori propone lo schema con l'individuazione delle ore di sala operatoria (sedute operatorie) al Direttore Medico del P.O.U., che le attribuisce formalmente con proprio provvedimento.

1. Programmazione strategica:

Il Direttore di Area Vasta in condivisione con il Responsabile Medico Area Blocchi Operatori, il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, il direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, il Direttore del Dipartimento delle Specialità Chirurgiche, il

Direttore del Dipartimento Materno Infantile ed il Direttore del Servizio Professioni Sanitarie, sulla base dell'analisi retrospettiva dell'attività effettuata e della situazione delle liste di attesa, fornisce indicazioni sull'allocazione delle risorse necessarie (sale operatorie-letti...) e propone il programma strategico.

2. Programmazione tattica:

Il Responsabile Medico Area Blocchi Operatori in collaborazione con lo Staff di Gestione dei Blocchi operatori, sulla base delle indicazioni fornite dalla programmazione strategica, definisce e attribuisce le ore di sala operatoria con orizzonte trimestrale. Tale attribuzione viene condivisa con i Direttori delle Unità Operative coinvolte e deve tener conto non solo dell'andamento della lista di attesa, ma anche della performance delle équipe chirurgiche valutando l'efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie.

3. Programmazione operativa:

Il Direttore di Unità Operativa o suo delegato, sulla base dei pazienti che hanno ricevuto l'idoneità anestesiológica, stabilisce la programmazione chirurgica con orizzonte settimanale e la concorda con il Responsabile Medico area Blocchi Operatori, di norma il fine settimana precedente quella di riferimento.

8. Attività di Emergenza e Urgenza

L'indicazione e la sequenza di priorità degli interventi in emergenza/urgenza devono essere condivisi da parte di tutti i componenti dell'équipe coinvolti, secondo parametri di appropriatezza.

Si definiscono i livelli di attività:

- **A: emergenza**

vi è pericolo di vita per il pz , l'intervento chirurgico serve a salvare la vita

- **B 1:urgenza immediata**

l'intervento chirurgico deve essere effettuato entro 3 ore per evitare complicanze che possano compromettere la vita o che possano aggravare le condizioni del pz nonostante la terapia medica

- **B 2:urgenza differibile**

l'intervento chirurgico deve essere effettuato entro 6 ore

- **B 3:urgenza programmabile**

l'intervento chirurgico deve essere effettuato entro 24 ore per evitare complicazioni che possano aggravare le condizioni del pz nonostante la terapia medica e compromettere le funzioni vitali

L'accesso del paziente a questo percorso chirurgico di urgenza prevede la compilazione di un specifico modulo con l'inquadramento clinico del caso ed indicata la procedura chirurgica proposta. In presenza di pazienti che debbano essere operati in condizioni di emergenza o urgenza, il Chirurgo Responsabile della procedura, compila il modulo in cui è definita la criticità del paziente. In particolare il chirurgo deve definire le condizioni di emergenza o urgenza nelle varie opzioni di procrastinabilità. Il medico Anestesista condividerà quanto proposto dal Chirurgo e l'intervento verrà attuato secondo l'accordo raggiunto.

In caso di urgenze multiple il medico Anestesista stabilirà la migliore sequenza possibile in relazione al grado di urgenza degli interventi proposti.

9. La Sicurezza

La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente in sala operatoria è stato motivo di approfondimento da parte del Ministero della Salute che ha emanato raccomandazioni e linee guida;

la loro capillare applicazione rafforza gli standard per la sicurezza, migliora i processi di comunicazione, contrasta i possibili fattori di fallimento per la gestione del rischio clinico.

La sicurezza in sala operatoria si pone come uno dei principali obiettivi nell'ambito della qualità e sicurezza dei pazienti, vista l'elevata complessità tecnica ed organizzativa delle attività chirurgiche. Nell'affrontare la tematica del rischio clinico in sala operatoria è necessario considerare molteplici fattori: l'elevata complessità delle procedure, i numerosi rapporti e interazioni tra i diversi operatori, la comunicazione tra i membri dell'équipe chirurgica e le unità operative, gli intensi ritmi di lavoro, l'alta invasività delle manovre sulla persona.

I sistemi per la gestione del rischio clinico sono volti a prevenire gli errori evitabili e a ridurre il loro effetto dannoso, garantendo quindi la sicurezza dei pazienti.

Nell'ottobre 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III – ha pubblicato il Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. Il documento è il prodotto di linee guida per la sicurezza in sala operatoria pubblicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in prima edizione nel 2008, in seconda edizione nel 2009, recepite dal Ministero e contestualizzate attraverso un percorso multidisciplinare di condivisione. Il documento contiene i 16 obiettivi nazionali che includono i 10 proposti dall'OMS, viene presentata una checklist per il controllo delle principali situazioni di rischio in sala operatoria, composta da 20 elementi, 19 per l'OMS e uno aggiunto a livello nazionale, suddivisi in tre fasi: prima dell'induzione (sign in), prima dell'incisione (time out), prima della dimissione dalla sala operatoria (sign out).

I Blocchi Operatori ASUR devono tutti aderire in modo uniforme alle Raccomandazioni Ministeriali ed alle Linee Guida OMS ed ISPEL più aggiornate in tema di sicurezza del paziente e degli operatori, attraverso procedure e protocolli locali.

10. La Formazione

Punto importante è l'attenzione costante alla formazione di tutto il personale presente in sala operatoria che deve avere competenze approfondite che consentano di pianificare, gestire, attuare e valutare l'assistenza al paziente nella fase precedente all'intervento, durante l'intervento ed immediatamente successiva, confrontarsi ed integrarsi con gli altri operatori per migliorare la qualità dell'assistenza, per gestire situazioni complesse sul piano clinico, relazionale ed etico. La formazione, mirata alla sicurezza del paziente e dell'operatore deve garantire il conseguimento ed al mantenimento delle abilità ed avere attenzione per l'innovazione (un esempio l' *Enhanced Recovery After Surgery – ERAS*, un programma di gestione peri-operatoria multidisciplinare concepito per migliorare tutti i parametri di recupero post-operatorio sviluppato per la chirurgia colon-rettale ma applicabile anche in altri ambiti, quali la chirurgia epatica, bariatrica, pancreatico, gastrica, ginecologica, urologica. L'implementazione dei programmi ERAS sottende un cambiamento importante nell'approccio assistenziale e una rivisitazione di pratiche consuete e consolidate, quali ad esempio il digiuno preoperatorio, la gestione dei drenaggi, il posizionamento del sondino naso-gastrico).

11. Monitoraggio del percorso chirurgico

Per ottenere il miglioramento continuo del percorso chirurgico attraverso una migliore allocazione delle risorse disponibili su tutti i Blocchi operatori delle strutture dell'ASUR Marche, è requisito essenziale un sistema di monitoraggio costante effettuato a livello di Area Vasta, che rilevi i seguenti indicatori:

1. Dati monitoraggio dell'andamento delle liste di attesa e dei tempi di attesa contenente:

- Numero dei pazienti in lista di attesa, suddiviso per regime (ordinario-day surgery-chir.amb), per Unità Operativa e per classe di priorità;

- Numero dei pazienti operati che erano in lista di attesa, suddiviso per regime (ordinario-day surgerychir. amb), per Unità Operativa e per classe di priorità;
- Tempo medio e max di effettuazione dell'intervento chirurgico suddiviso per regime (ordinario-day surgery-chir.amb), per Unità Operativa e per classe di priorità, calcolato come delta tra la data di intervento e la data di inserimento in lista di attesa;
- Ripetizione accertamenti pre operatori dei pazienti in lista di attesa (mancato coordinamento percorsi con pre operatorio);
- Monitoraggio con motivazione dei pazienti in lista differiti (ovvero inseriti in lista ma non operati);

2. Dati monitoraggio utilizzo sale operatorie contenente:

- Orario medio di inizio primo intervento;
- Le variazioni tra previsto/effettivo sul tempo chirurgico;
- Orario medio di fine attività operatoria;
- Completezza della check list;
- Monitoraggio delle urgenze per unità operatoria;
- Ogni altra rilevazione dati ritenuta opportuna dal Gruppo Tecnico Aziendale ASUR di Programmazione Chirurgica

La direzione di Area Vasta dovrà trasmettere i dati annualmente al Gruppo Tecnico Aziendale.

