



AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
SANTOBONO - PAUSILIPON

Via Teresa Ravaschieri n. 8
(già Via della Croce Rossa n.8)
80122Napoli
C.F./P.I. 06854100630

Piano Attuativo AORN Santobono-Pausilipon per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato

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.

La crescita della domanda di prestazioni chirurgiche, accentuata anche dal numero di interventi programmati non effettuati durante il biennio 2020/2021 per effetto della pandemia COVID, a fronte di una disponibilità di risorse economiche e umane non sempre adeguate al fabbisogno, ha ampliato notevolmente il problema dei tempi di attesa; ciò ha reso sempre più 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.

Le liste di attesa sono uno dei maggiori problemi dei sistemi sanitari pubblici e la loro lunghezza viene facilmente interpretata come la testimonianza dell'incapacità di garantire ai cittadini accettabili condizioni di accessibilità ai servizi.

Esse rappresentano un problema che, pur essendo di grande complessità, si presta ad essere interpretato in modo semplicistico e a indurre altrettanto semplicistiche ipotesi di soluzione, che, proprio in quanto tali, si rivelano sistematicamente errate, o nella migliore delle ipotesi, parziali.

Queste soluzioni "facili" sono generalmente rappresentate da politiche orientate ad incrementare l'offerta, cioè la capacità produttiva dei servizi, di cui la letteratura internazionale in materia documenta l'inevitabile inefficacia, almeno sul medio e lungo

periodo a risolvere il problema; inoltre l'odierna crisi di sostenibilità economica da parte dei sistemi sanitari ne scongiurerebbe il ricorso.

La risposta immediata, a fronte di un incremento di offerta, è una riduzione dei tempi di attesa, finanche un loro azzeramento. Ma questo risultato è destinato a svanire più o meno rapidamente, a fronte delle dinamiche cliniche, organizzative, tecnologiche e di mercato, che caratterizzano la medicina moderna e che fanno sì che il problema si ripresenti.

Pertanto, appare chiaro che la questione delle liste di attesa ha le caratteristiche per presentarsi come il terreno elettivo per il governo clinico, inteso come definizione di politiche di governo della domanda che, evitando le scorciatoie illusorie sopra ricordate, affronti il problema nell'unico verso che rende possibile un suo sistematico governo: partire dall'appropriatezza clinica dell'uso degli interventi e delle prestazioni sanitarie e dalla introduzione di modalità operative di gestione il più possibile basate su una robusta razionalità clinica.

Per questo motivo diventa strategico essere in grado di adottare modalità di governo degli accessi alle prestazioni che consentano di discriminare, secondo criteri professionali condivisi e basati sulle conoscenze scientifiche disponibili, le domande appropriate da quelle inappropriate e, relativamente alle prime, regolare i tempi di erogazione in funzione degli effettivi bisogni assistenziali, mettendoli sempre entro i limiti dell'accettabilità clinica e sociale.

In altri termini, il problema della regolazione dell'offerta e quello del controllo della domanda vanno posti congiuntamente, avendo chiaro che l'agire sulla domanda, attraverso la definizione di criterio di accesso in funzione del bisogno clinico, deve trovare necessariamente un corrispettivo nella costruzione delle condizioni organizzative che rendano quegli stessi criteri applicabili alla pratica.

Allo stesso modo, politiche di programmazione e controllo dell'offerta non possono prescindere da una valutazione clinica che consenta di identificare e quantificare la quota della popolazione di riferimento candidata ad accedere ai servizi.

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 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.

Il monitoraggio del fenomeno è stato effettuato nel primo trimestre 2022, mediante l'analisi della produzione di interventi chirurgici di elezioni effettuati in regime ordinario relativo al triennio 2019 - 2021 dell'AORN Santobono Pausilipon e i tempi di attesa delle relative liste.

Da quest' analisi è emerso che già nel 2019 il numero di tali interventi chirurgici era sottodimensionato rispetto alle risorse umane e strutturali impegnate, tale sottodimensionamento si era notevolmente accentuato durante l'emergenza COVID nel biennio 2020-2021 impattando violentemente sui tempi di attesa.

L'efficientamento del modello organizzativo doveva passare necessariamente attraverso l'applicazione delle "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" definite con l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020.

Contesto Operativo

L'AORN Santobono Pausilipon, situata a Napoli, comprende diverse Unità Operative Chirurgiche che effettuano interventi in regime ordinario elettivo. Le principali unità operative sono:

- **UOC Chirurgia Pediatrica Neonatale e d'Urgenza:** 10 posti letto.
- **UOC Urologia:** 7 posti letto.
- **UOSD Chirurgia Plastica e Centro Ustioni Pediatrico:** 3 posti letto.
- **UOC Ortopedia e Traumatologia:** 27 posti letto.
- **UOC Neurochirurgia Pediatrica:** 10 posti letto.
- **UOC Oculistica e centro di riferimento regionale Retinopatia del Pretermine:** 4 posti letto.
- **UOC Otorinolaringoiatria centro di riferimento regionale Impianti Cocleari** :10 posti letto.

L'ospedale dispone inoltre di una Terapia Intensiva Pediatrica con 14 posti letto, di una Terapia Intensiva Neonatale con 14 posti letto e di 6 sale operatorie dedicate all'elezione.

Metodologia

Metodologicamente il percorso è stato diviso nei seguenti Step:

Step 1: analisi della produzione e individuazione degli obiettivi

Step 2: scelta del modello organizzativo di efficientamento

Step 3: Individuazione delle criticità e relative cause rispetto al vecchio modello organizzativo e definizione delle azioni correttive in linea con quanto previsto dal nuovo modello di efficientamento.

Step 1

Analisi della produzione e individuazione degli obiettivi

Nel primo trimestre 2022 è stata analizzata la produzione di interventi chirurgici di elezione effettuati in regime ordinario relativo al periodo 2019 - 2023 dell'AORN Santobono Pausilipon e i tempi di attesa delle relative liste.

Step 2

Scelta del modello organizzativo di efficientamento

La scelta del modello organizzativo è risultata obbligata in quanto l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020 ha definito le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato". Gli elementi chiave individuati da tale Piano Operativo sono:

1. Fase Pre-Operatoria:

- Ottimizzazione delle liste di presa in carico e di attesa.
- Centralizzazione e razionalizzazione del pre-ricovero.

2. Programmazione del Blocco Operatorio:

- Pianificazione settimanale e giornaliera delle attività chirurgiche.
- Miglior utilizzo delle risorse disponibili.

3. Gestione dei Posti Letto:

- Coordinamento tra programmazione operatoria e disponibilità di posti letto.

4. Fase Intra-Operatoria:

- Standardizzazione dei percorsi chirurgici e ottimizzazione delle procedure.

5. Fase Post-Operatoria:

- Pianificazione delle dimissioni e follow-up ambulatoriale.

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

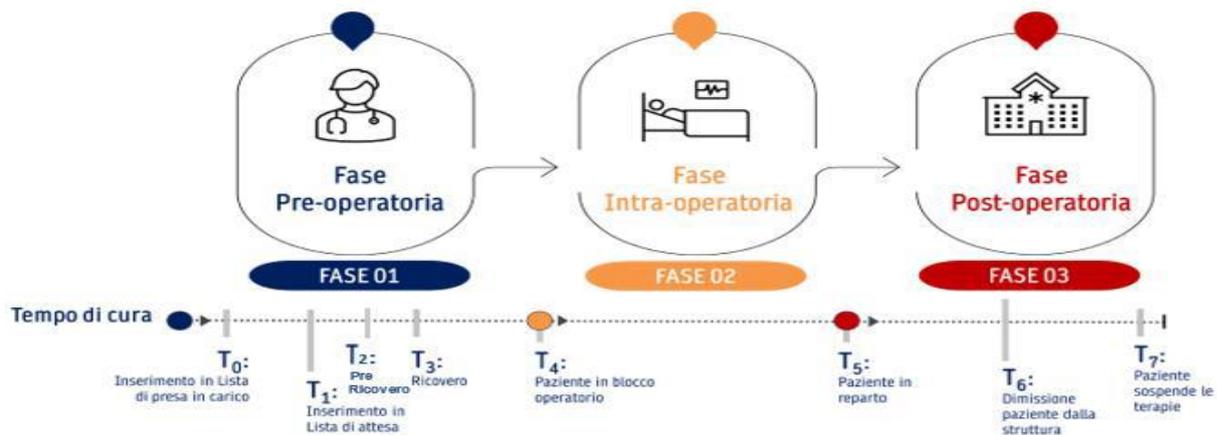


Figura 1

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. I momenti di questa fase sono i seguenti:

- **T0:** Inserimento in lista di presa in carico
- **T1:** Inserimento in Lista di Attesa
- **T2:** Esecuzione Pre Ricovero
- **T3:** Ricovero

T0: Inserimento in lista di presa in carico

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

La Lista di Presa in Carico riguarda i pazienti che hanno eseguito una visita specialistica il cui esito ha fornito indicazione chirurgica, ma il paziente non è nelle immediate condizioni di operabilità. La data di inserimento in Lista di Presa in Carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della struttura.

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 e 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).

T1: Inserimento in lista di attesa

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. Gli specialisti della struttura a cui afferisce la Lista di Attesa sono responsabili della:

- Valutazione della proposta di ricovero
- Scelta del regime assistenziale (ricovero ordinario, day surgery o chirurgia ambulatoriale)
- Inserimento in eventuali liste dedicate (oncologiche, tempo dipendenti, etc.)
- Valutazione della disponibilità di risorse strutturali e umane necessarie per garantire l'esecuzione dell'intervento chirurgico oggetto della prenotazione.

T2: Pre-ricovero

La fase di pre-ricovero raggruppa le attività necessarie a rendere il paziente pronto per la sala operatoria. 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.

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 anestesiologicalo);
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio peri operatorio;
- definire, in accordo con il paziente, la strategia di gestione peri-operatoria ottimale;
- 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 degenza pre-operatoria

In termini di appropriatezza è auspicabile:

- Prevedere una struttura di pre-ospedalizzazione centralizzata
- Definire gli esami propedeutici in base all'evidenza scientifica e alla tipologia degli interventi
- Eseguire gli esami in un minor numero di accessi possibile
- Ridurre al minimo il tempo di attesa tra il completamento della fase di pre-ricovero e il ricovero.

T3: programmazione blocco operatorio e ricovero

Programmazione blocco operatorio

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.

Pertanto, l'assegnazione delle sedute operatorie deve essere svolta da un gruppo di coordinamento individuato con atto formale.

Per la 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

coordinamento 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 e 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.

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:

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

Ricovero

Punto nevralgico dell'attività di ricovero è senza dubbio la gestione dei posti letto in coerenza con il numero di sedute operatorie assegnate alle singole Unità operative e con le note operatorie giornaliere. Tale gestione di solito è affidata al **Bed Manager** 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.

Poiché 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, per garantire al paziente un pieno recupero in sicurezza, è necessario prevedere nell'immediato postoperatorio un posto letto di Terapia intensiva; anche questa gestione è affidata al Bed Manager.

In termini di appropriatezza è auspicabile che trattandosi di attività di ricoveri ordinari in elezione:

- Il ricovero avvenga il giorno previsto per l'intervento chirurgico.
- L'anestesista che farà parte dell'Equipe operatoria visiti il paziente per accertarne l'idoneità all'intervento prima dell'effettuazione al ricovero.
- Che l'anestesista visiti i pazienti nell'ordine previsto dalla nota operatoria giornaliera.

FASE INTRA-OPERATORIA

La fase intra-operatoria riguarda la gestione delle attività eseguite per il paziente dal momento in cui accede fino a quando esce dal Blocco Operatorio. I Momenti di questa fase sono rappresentati:

- **T4:** Paziente in 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).

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, 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).

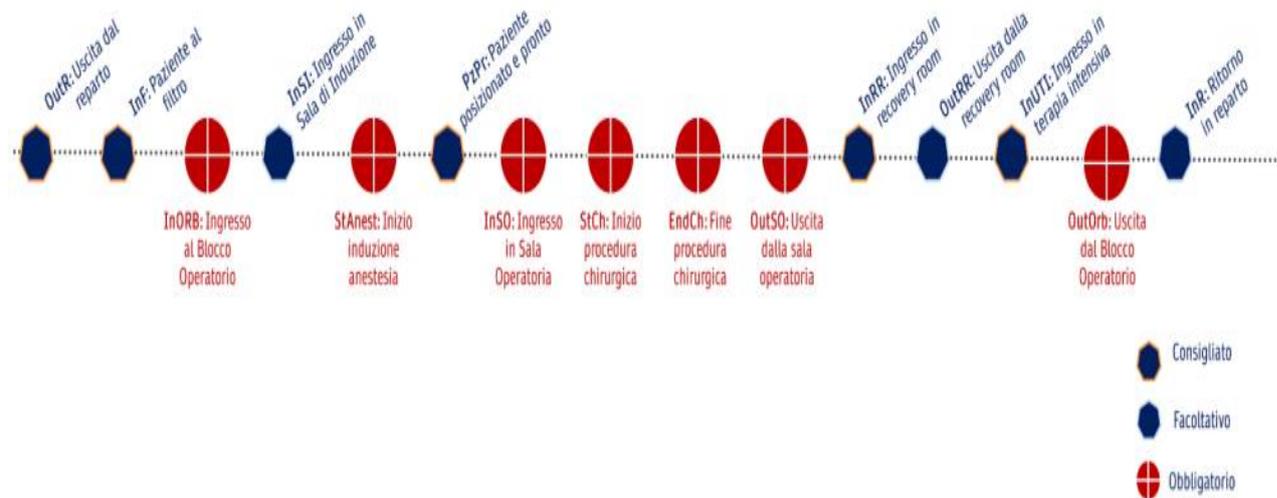


Figura 2

FASE POST-OPERATORIA

Questa fase include le attività necessarie a rendere il paziente dimissibile dalla struttura sanitaria. I momenti salienti di questa fase sono:

- T5: Paziente in Reparto
- T6: Dimissione paziente dalla struttura
- T7: Paziente sospende le terapie

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.

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

Step 3

Individuazione delle criticità e relative cause rispetto al vecchio modello organizzativo e definizione delle azioni correttive in linea con quanto previsto dal nuovo modello di efficientamento.

Al fine di applicare il nuovo modello di efficientamento sono state individuate, per singola fase e relativi tempi, le criticità esistenti, le cause sottogiacenti e le azioni correttive da mettere in essere:

FASE PRE-OPERATORIA

T0: Inserimento in lista di presa in carico

Criticità:

1. Il paziente veniva inserito in lista di attesa per intervento pur non avendo completato la fase diagnostica o aver messo in atto trattamenti farmacologici propedeutici all'intervento.

Cause:

1. Scarso retaggio culturale in merito all'utilità della lista presa in carico.

Azioni correttive:

1. Attività di formazione del personale coinvolto nell'inserimento in lista di attesa.

T1: Inserimento in Lista di Attesa

Criticità:

1. il 20 % dei pazienti presenti in lista di attesa non era ancora idoneo all'intervento per effetto della criticità relativa al T0.
2. per il 7% dei pazienti inseriti in lista non erano corretti i dati anagrafici o il recapito telefonico era errato.
3. il 4% dei pazienti era inserito nel regime assistenziale non idoneo (ordinario, day surgery o chirurgia ambulatoriale).
4. La pulizia delle liste di attesa era effettuata in modo parziale.

Cause:

1. Scarso retaggio culturale in merito all'utilità della lista presa in carico.

2. Non sempre l'inserimento dei dati anagrafici avveniva partendo dalla Tessera Sanitaria e spesso non si chiedeva al paziente di verificare se il recapito telefonico presente sulla ricevuta fosse esatto.
3. Alcuni medici abilitati all'inserimento erano superficiali nell'assegnazione del regime assistenziale idoneo.
4. Le cause sottogiacenti a questa criticità erano molteplici:
 - a. Il ricovero non veniva effettuato direttamente dalla lista di attesa informatizzata per cui il paziente non veniva cancellato automaticamente.
 - b. I pazienti in lista che venivano ricoverati attraverso il pronto soccorso non venivano cancellati.
 - c. Scarsa attività di recall.
 - d. Mancanza di linee guida aziendali per la pulizia delle liste in caso di rifiuto o mancata risposta del paziente al momento della convocazione.

Azioni correttive:

1. Attività di formazione del personale coinvolto nell'inserimento in lista di attesa.
2. Obbligo di esibizione della tessera sanitaria per l'inserimento in lista.
3. Formazione dei Medici abilitati all'inserimento in lista di attesa.
4. Formazione, potenziamento del recall, definizione di linee guida per la pulizia delle liste di attesa.

T2: Esecuzione Pre-Ricovero

Criticità:

1. L'attività di pre-ospedalizzazione fino a metà del 2021 veniva effettuata solo da pochissime branche chirurgiche.
2. Non esistevano protocolli condivisi per gli esami da effettuare.
3. Non erano definiti in modo chiaro i tempi massimi che potevano trascorrere tra la pre-ospedalizzazione e l'intervento.
4. Mancanza di un servizio centralizzato di pre-ospedalizzazione.

Cause:

1. Mancanza di un regolamento che imponesse la pre-ospedalizzazione per tutti gli interventi di elezione in regime ordinario.
2. Non era stato mai istituito un tavolo tecnico per la definizione di protocolli condivisi.
3. Vedi punto 2.
4. Non era stata individuata un'area né il personale per centralizzare la pre-ospedalizzazione.

Azioni correttive:

1. Stesura di un regolamento Aziendale di pre-ospedalizzazione.
2. Istituzione di un tavolo tecnico per l'attività di pre-ospedalizzazione.
3. Vedi punto 2.
4. Costituzione di una UOSD di DH centralizzato, day service e pre-ospedalizzazione, usufruendo dei locali e del personale precedentemente dedicato alla sola attività di day hospital centralizzato.

T3: programmazione blocco operatorio e ricovero

Programmazione blocco operatorio

Criticità:

1. Il numero delle sedute operatorie assegnate nel 2019 non era implementabile nel triennio 2022-2024.
2. Le sedute operatorie venivano assegnate tenendo conto dell'assegnazione storica e non dell'effettiva domanda.
3. Il 12% delle sedute operatorie assegnate nel 2019 era andato completamente inevaso (nessun intervento).
4. In molti casi non veniva prodotta la nota operatoria settimanale e anche quando veniva prodotta in molti casi il numero di interventi previsti non era sufficiente a coprire il tempo di sedute operatorie assegnate.

Cause:

1. La non implementabilità era dovuta sia al blocco del turnover in essere da diversi anni sia all'impegno di risorse umane ancora impegnate ad affrontare la Pandemia da COVID agli effetti legati all'avvento della Pandemia da Covid.

2. Alla base di questo fenomeno c'erano diverse cause:
 - a. Mancanza di un coordinamento centrale che nell'assegnazione delle sedute operatorie mettesse in correlazione la domanda (pazienti in lista) con l'offerta (numero di sedute operatorie disponibili).
 - b. Le liste di attesa non rispecchiavano la reale domanda perché inficiate da tutte le criticità descritte per il tempo T0.
3. Alla base di questo fenomeno c'erano diverse cause:
 - a. Il giorno della seduta operatoria non era disponibile nessun chirurgo di branca (malattie, impegni congressuali, ecc...) e pur essendo a conoscenza tempo prima della data dello stesso non avevano ceduto o scambiato la seduta con un'altra unità operativa.
 - b. Il giorno della seduta operatoria non c'era disponibilità di posti letto.
 - c. il paziente veniva inserito in lista di attesa per intervento pur non avendo completato la fase diagnostica o aver messo in atto trattamenti farmacologici propedeutici all'intervento.
 - d. La pre-ospedalizzazione era stata effettuata troppi giorni prima della data del ricovero per cui la mattina dell'intervento l'anestesista chiedeva un'integrazione/ripetizione degli esami o giudicava per sopraggiunte patologie non operabile il paziente in quella seduta.
4. Mancata attribuzione della responsabilità della stesura della nota operatoria e mancata condivisioni tra i vari attori coinvolti.

Azioni correttive:

1. Gestione delle risorse e turnover del personale:
 - a) Avviare una pianificazione strategica per il reclutamento e la formazione di nuove risorse sanitarie, nel rispetto del blocco del turnover.
2. Coordinamento centrale per l'assegnazione delle sedute operatorie:
 - a) Istituire un gruppo di coordinamento centrale che metta in relazione la domanda reale con l'offerta disponibile.
 - b) Prevedere incontri mensili per il riallineamento delle necessità, coinvolgendo tutti i responsabili delle unità operative.
3. Miglior utilizzo delle sedute operatorie e Ottimizzazione delle liste di attesa:

- a) Pianificare le attività chirurgiche in base alla disponibilità effettiva di personale e posti letto, con una programmazione che tenga conto delle assenze programmate (es. partecipazione a congressi).
- b) Prevedere un sistema di scambio delle sedute tra unità operative in caso di impossibilità a utilizzarle.
- c) Effettuare una pulizia sistematica delle liste di attesa per garantire che rispecchino la reale domanda, eliminando pazienti non idonei o duplicati. Introdurre un regolamento che definisca le condizioni minime per l'inserimento in lista, assicurandosi che i pazienti siano clinicamente pronti e abbiano completato la fase diagnostica.
- d) Miglioramento della pre-ospedalizzazione:
 - Ridurre il tempo che intercorre tra la pre-ospedalizzazione e l'intervento, fissando un intervallo massimo entro cui effettuare gli esami preoperatori.
 - Standardizzare i protocolli per gli esami preoperatori e garantirne la tempestiva esecuzione.
 - Istituire una struttura centralizzata per la gestione della pre-ospedalizzazione, assicurando che i pazienti siano adeguatamente preparati prima del ricovero.

4. Responsabilità nella stesura della nota operatoria:

- a) Attribuire chiaramente la responsabilità della redazione della nota operatoria settimanale a un coordinatore definito per ogni unità operativa.
- b) Garantire la condivisione della nota operatoria tra tutti gli attori coinvolti (chirurghi, anestesisti, personale infermieristico) per ridurre inefficienze e fraintendimenti.

Ricovero:

Criticità:

1. Assenza di posti letto per i pazienti in nota operatoria convocati al ricovero.

Cause:

1. Mancato coordinamento tra le attività di programmazione dei posti letto e la stesura della nota operatoria.

Azioni correttive:

1. Pianificare le dimissioni dei pazienti già ricoverati in modo da liberare posti letto in tempo utile per i nuovi ingressi.
2. Introduzione di dimissioni “precoci assistite” per i pazienti stabili, con un follow-up garantito tramite day hospital o assistenza domiciliare.
3. Ridurre al minimo il tempo di ricovero preoperatorio garantendo che i pazienti arrivino in ospedale solo il giorno dell’intervento, salvo casi clinici complessi.
4. Definire le attività di coordinamento tra la stesura della nota operatoria e la programmazione dei posti letto.

FASE INTRA-OPERATORIA

T4: paziente in blocco operatorio

Criticità:

1. Le ore di sedute operatorie venivano sottoutilizzate e nello specifico:
 - a. Il primo intervento mediamente iniziava con 60 minuti di ritardo.
 - b. L’ultimo intervento mediamente finiva 40 minuti prima.
2. Per il 6% degli interventi non era compilata correttamente la check list.

Cause:

1. L’inizio in ritardo del primo intervento era dovuto a diverse cause:
 - a. Il turno degli infermieri e degli OSS di sala operatoria era 7/14, il turno dei Chirurghi e Anestesisti era 8/15. Questa discrepanza creava ritardi rispetto all’inizio del primo intervento.
 - b. L’equipe operatoria era presente in sala ma non il paziente per mancanza di OSS in reparto adibiti al trasporto.
 - c. L’equipe operatoria era presente in sala ma l’anestesista non aveva ancora finito la visita pre-operatoria.
2. Mancata attribuzione della responsabilità della stesura della Check list.

Azioni correttive:

1. Ottimizzazione dei tempi di utilizzo delle sedute operatorie:

- a. Allineamento degli orari di lavoro del personale sanitario omogeneizzando i turni degli infermieri, OSS, chirurghi e anestesisti così da ottimizzare l'utilizzo della sala Operatoria per tutta la durata della seduta.
 - b. Riorganizzazione delle attività preoperatorie assicurando che il paziente sia trasferito nella sala operatoria con sufficiente anticipo rispetto all'orario programmato per il primo intervento, implementando un sistema di trasporto dedicato gestito dagli OSS in reparto, o prevedendo un nucleo di OSS incardinati in sala Operatoria dedicato al trasporto dei pazienti.
 - c. Pianificazione e controllo delle sedute prevedendo un incontro settimanale di coordinamento tra il personale coinvolto (chirurghi, anestesisti, infermieri) per discutere le priorità e risolvere eventuali problemi organizzativi.
2. Compilazione corretta della checklist operatoria:
- a. Identificare un membro specifico dell'equipe responsabile della compilazione e verifica della checklist per ogni intervento che preveda il controllo incrociato da parte di un secondo membro dell'equipe per garantirne la completezza e l'accuratezza.
 - b. Introdurre un sistema di incentivi per le equipe che completano correttamente la checklist e rispettano i tempi programmati.

FASE POST-OPERATORIA

Queta fase non presentava fenomeni critici.

Dirigente di Staff Area Strategica

Dr. Alfonso Bernardo