

REGOLAMENTO DEI BLOCCHI OPERATORI DELL'AORN SANTOBONO PAUSILIPON

Dirigente di Staff Area Strategica
Dr. Alfonso Bernardo

INDICE

1. Introduzione	
2. Scopo	
3. Campo di Applicazione	
4. Definizioni e Abbreviazioni	
5. Coordinamento Organizzativo dell’Attività Chirurgica	
6. Modalità Operative Attività di elezione.....	
7. Modalità Operative Attività di urgenza.....	
8. Monitoraggio.....	
9. Normativa.....	

1. Introduzione

Il Gruppo Operatorio dell'AORN Santobono Pausilipon è un servizio interdisciplinare allocato presso il Presidio Santobono, il Presidio Pausilipon e lo Stabilimento Villa Bianca.

Presso il Presidio Santobono sono presenti due blocchi operatori:

- Padiglione Ravaschieri composta da sei sale operatorie: 2 per l'Ortopedia, 1 per la Neurochirurgia, 1 per l'urologia, 1 per l'oculistica e 1 per ORL
- Padiglione Torre costituita da due sale operatorie: 1 per l'emergenza/urgenza e una per l'elezione dedicate alla Chirurgia pediatrica, neonatale e d'urgenza e alla Chirurgia plastica e centro pediatrico regionale ustioni

Presso il Presidio Pausilipon sono presenti due sale operatorie dedicate alla Chirurgia pediatrica e day surgery e Chirurgia ad indirizzo oncologico.

Con la prossima apertura di Villa Bianca saranno chiuse le sale operatorie del Padiglione Ravaschieri per cui le attività della Neurochirurgia, Ortopedia e Urologia saranno trasferite presso le tre Sale di nuova costruzione presso il Presidio Santobono, mentre le attività della ORL ed oculistica saranno trasferite presso le 2 sale operatorie site a Villa Bianca.

La mission è la terapia chirurgica di patologie acute e croniche, neoplastiche, traumatiche, o di altra natura in regime ordinario, ambulatoriale e Day surgery del paziente pediatrico; viene inoltre garantita l'attività chirurgica urgente 24h su 24h. Vengono assicurate prestazioni cliniche sicure e di elevata qualità, nel rispetto dell'individualità, della dignità e dei valori del paziente. L'azione degli operatori, improntata al Codice Deontologico e guidata dalle conoscenze professionali di ciascuno, mira all'umanizzazione del percorso operatorio del paziente.

L'obiettivo assegnato al **Team Blocco Operatorio (TBO)**, di concerto con le altre figure di coordinamento, è **l'ottimizzazione dell'efficienza operativa** per massimizzare il numero dei casi chirurgici che possono essere eseguiti durante una giornata con una gestione corretta sotto il profilo del rischio del paziente, in linea con le strategie aziendali e con le raccomandazioni del Ministero della Salute.

2. Scopo

Il presente regolamento dei Blocchi operatori (BO) dell'AORN, prende in considerazione i differenti percorsi clinico-assistenziali peculiari delle diverse discipline ed ha lo scopo di:

- definire le regole generali di funzionamento dei BO per rendere ottimale il tempo di utilizzo della sala operatoria, attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione preoperatoria del paziente;
- incrementare l'efficienza del percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato;
- ottimizzare l'impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche assegnate al BO;

- individuare i ruoli di coordinamento clinico-organizzativo, quale diretta emanazione della Direzione Sanitaria, nella gestione ordinaria delle attività chirurgiche e nella gestione degli eventi straordinari;
- definire chiaramente le modalità di accesso alla sala operatoria in regime di emergenza e urgenza.

Il valore economico della risorsa “sala operatoria” è uno dei più onerosi per l’azienda e l’importanza strategica di una sua gestione corretta permette di rendere ottimale la performance globale dell’iter di cura del paziente. Pertanto il regolamento della sua organizzazione consente una guida per il corretto e consapevole uso dei BB.OO. e ricopre la funzione fondamentale di garantire e di sostenere costi adeguati alla qualità del servizio erogato.

3. Campo di Applicazione

Il presente regolamento è applicato da dirigenti medici, CPSI, TSRM, OSS, nonché da qualsiasi altra figura che accede, previa autorizzazione, ai blocchi operatori dell’AORN Santobono-Pausilipon, durante le attività elettive e di urgenza-emergenza.

Ai fini del presente regolamento gli orari sono definiti dal punto di vista dell’impegno del tempo di sala operatoria ed hanno lo scopo di registrare e monitorare la sequenza delle azioni in sala operatoria.

4. Coordinamento dell’Attività Chirurgica

Il Governo del percorso del paziente chirurgico 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. Tale struttura organizzativa prevede:

- Gruppo strategico
- Gruppo di programmazione
- Team del blocco operatorio

4.1 Gruppo strategico

Il mandato del gruppo strategico è di formulare la strategia chirurgica aziendale in accordo con gli indirizzi del Management Aziendale, rispondendo alla necessità di assegnare una chiara responsabilità in merito al raggiungimento dell’obiettivo complessivo della riorganizzazione. Il Gruppo Strategico dovrà quindi garantire che siano recepite le indicazioni nazionali e regionali trasferendole con gli appropriati adeguamenti all’organizzazione, definire i tempi di attuazione e mantenere sotto controllo le risorse e gli investimenti necessari. Il Gruppo rappresenta inoltre il collegamento tra la Direzione Aziendale ed il Gruppo di Programmazione. Tale collegamento deve essere efficiente (senza costituire un allungamento ed appesantimento della gestione) ed efficace nel rendere ciascuna delle componenti aziendali costantemente aggiornata sullo sviluppo del processo. Il Gruppo ha la responsabilità di garantire la governance complessiva del sistema, definire le strategie con l’individuazione di tutte le risorse necessarie, la

risoluzione delle criticità per l'attuazione di scelte appropriate e una chiara definizione delle tempistiche di realizzazione fissando obiettivi, indicatori e target da raggiungere.

Il Gruppo è coordinato dal Dirigente di Staff all'Area Strategica ed è composto da:

- Direttore del Dipartimento delle specialità chirurgiche
- Direttore del Dipartimento di chirurgia pediatrica
- Direttore Dipartimento di Neuroscienze
- Direttore di Dipartimento Area critica
- Direttori Medici di Presidio
- Responsabile UOSID Outpatient e Liste di Attesa
- Responsabile UOSD Rischio clinico
- Responsabile UOSD preospedalizzazione
- Dirigente SITRO
- Dirigente SIA
- Partecipazione dei Direttori degli altri Dipartimenti quando coinvolti per tematiche di interesse;

Funzioni del gruppo strategico aziendale sono:

- Definire la programmazione chirurgica.
- Definire la separazione del percorso chirurgico programmato da quello urgente.
- Disporre i criteri per la Chirurgia ambulatoriale
- Disporre che vengano utilizzate le regole e le indicazioni regionali per l'inserimento in lista di attesa chirurgica e per la loro evasione da parte di tutte le U.U.O.O.
- Disporre l'utilizzo completo e ottimale del sistema informativo.

4.2 Gruppo di programmazione

Ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dal gruppo strategico e monitora la loro reale attivazione. Il Gruppo di Programmazione monitora trimestralmente l'attività dei Blocchi Operatori acquisendo i dati ricavati dal software gestionale e dalle strutture coinvolte, verifica gli indicatori di performance anche attivando specifici audit di confronto con le U.U.O.O. per definire target specifici.

I dati da monitorare sono:

- Indicatori della fase pre-operatoria
- Indicatori della fase operatoria
- Indicatori della fase post-operatoria
- Raccomandazioni per la sicurezza del percorso chirurgico.

Il Gruppo di programmazione è composto dal:

- Coordinatore del Gruppo strategico
- Direttori Medici di Presidio
- Dirigenti Medici di Presidio
- Unità Amministrativa di Presidio
- Direttore UOC di Programmazione

- Direttore UOC Controllo di Gestione
- Responsabile UOSD Rischio clinico
- Responsabile UOSID Liste di Attesa
- Responsabile SDO Aziendale

4.3 Team del blocco operatorio

Ha la responsabilità operativa nell'ambito dell'organizzazione dei comparti operatori e in particolare della risoluzione e gestione delle criticità giornaliere.

Il **Responsabile dei Blocchi Operatori** individuato nella figura del Responsabile UOSD Attività anestesiológicas operatorie ha la funzione di sovrintendere e garantire il rispetto dei percorsi all'interno del Blocco e della corretta applicazione del presente regolamento, armonizzando il lavoro delle varie Unità Operative.

Il Responsabile dei Blocchi Operatori inoltre:

- concorda con i chirurghi l'eventuale riassegnazione di slot operatori in funzione delle priorità sopravvenute dovute ad emergenze e urgenze nell'ambito del programma giornaliero degli interventi chirurgici;
- elabora, controlla, valuta gli elementi critici contenuti nei programmi operatori;
- differisce o sposta interventi programmati che oltrepassano l'orario giornaliero di disponibilità di sala operatoria assegnato, in accordo con il chirurgo di riferimento;
- documenta gli eventi di rilevanza critica;
- propone e contribuisce ad elaborare protocolli interdisciplinari nell'ambito delle attività del Blocco Operatorio.

Il Responsabile del blocco operatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, sarà imparziale ed avrà il compito di gestire le eventuali conflittualità.

Il **Coordinatore Infermieristico dei Blocchi Operatori** individuato nella figura che ha l'Incarico di Funzione Organizzativa di elevata complessità ha la responsabilità diretta e complessiva di tutte le risorse umane infermieristiche e di supporto, logistiche e tecnologiche operanti all'interno del Blocco stesso, nonché si relaziona per il coordinamento con i responsabili del personale non direttamente assegnato alla dotazione organica della Sala Operatoria (es. tecnici di radiologia, tecnici perfusionisti, operatori sociosanitari, ausiliari addetti alla sanificazione, etc.).

Si avvale della collaborazione delle figure con incarico di:

- Incarico di funzione organizzativa media complessità blocco operatorio padiglione Torre

- Incarico di funzione organizzativa media complessità blocco operatorio padiglione Ravaschieri
- Incarico di funzione organizzativa media complessità blocco operatorio Day Surgery Pausilipon
- Incarico di funzione organizzativa media complessità blocco operatorio Villa Bianca

per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a. presidia la manutenzione di locali, apparecchiature, attrezzature e strumentario;
- b. gestisce i processi di sanificazione degli ambienti, assicurando la standardizzazione dei tempi di esecuzione, nonché la disinfezione e sterilizzazione dello strumentario, garantendone un corretto utilizzo;
- c. in caso di criticità organizzativa, attiva il SITRO ed il SIA al fine di reperire le risorse necessarie;
- d. organizza e coordina gli approvvigionamenti dei materiali di consumo e predisposizione dello strumentario e delle apparecchiature previste in nota operatoria;
- e. controlla la corretta tenuta e compilazione del registro degli stupefacenti (carico e scarico) di concerto con i Direttori/Responsabili delle branche chirurgiche coinvolte.
- f. controlla la corretta tenuta del Registro dei dispositivi medici impiantati o utilizzati sul paziente;
- g. applica il regolamento di accesso alle sale operatorie e gestisce la conservazione delle richieste di autorizzazione all'accesso e la corretta tenuta del Registro presenze temporanee;
- h. raccoglie, pone all'esame del Responsabile del Blocco operatorio e archivia tutte le proposte d'intervento d'urgenza/emergenza e le altre autorizzazioni di accesso;
- i. garantisce corretta custodia del Registro di sala operatoria;
- j. controlla la disponibilità dei DPI ed il loro corretto utilizzo da parte dei lavoratori.

5. Modalità Operative Attività di Elezione

5.1 Descrizione orari di inizio e di fine di ogni blocco operatorio per l'attività di elezione

I blocchi operatori sono aperti dalle 07:00 alle 20:00. Le sedute operatorie si differenziano in:

- sedute brevi: 8:00-14:00 / 14:00-20:00
- sedute lunghe: 08:00-20:00

Di seguito si riporta l'organizzazione del blocco operatorio inerente all'attività chirurgica in elezione

Il paziente:

- Alle ore 07:00 il primo paziente in lista, se non già ricoverato, deve essere accettato e ricoverato.
- Alle ore 07:30 il primo paziente in lista deve essere pronto per il trasporto in sala;

Il personale di sala:

- alle ore 07:15 il personale infermieristico ed OSS entrano in turno ed assicurano il controllo e l'eventuale completamento delle attività di routine di preparazione delle sale operatorie in base alle note operatorie;
- dalle 07:45 e comunque non oltre le ore 08:00 il paziente deve essere nel blocco operatorio;
- entro le ore 08:00 / 08:15 la sala operatoria deve essere pronta. L'Anestesista ed il Chirurgo strutturati assegnati alla sala operatoria devono essere in sala per il sign-in e per l'avvio delle procedure anestesilogiche e chirurgiche;
- entro le ore 08:30 deve essere effettuato il taglio cute al primo paziente in nota operatoria (ad eccezione dei casi in cui il tempo di preparazione è tecnicamente più lungo)
- l'arrivo in sala dei pazienti successivi al primo viene disposto dall'Anestesista e dal Chirurgo di comune accordo in modo da anticipare le manovre di preparazione riducendo i tempi di cambio.

Per quanto concerne le sedute pomeridiane, l'ora di inizio del primo paziente della seduta dovrà avvenire entro le ore 14:15.

L'orario di uscita dell'ultimo paziente dal blocco operatorio deve avvenire entro le 20.00.

La registrazione di tutti gli orari di attività (es. sala pronta, arrivo paziente, ecc.) deve essere contestuale, al fine di garantire la massima aderenza alla realtà, compatibilmente con l'esecutività delle azioni, comunque entro e non oltre l'inizio dell'intervento successivo.

Gli interventi devono essere programmati in modo da assicurare il termine delle procedure anestesilogiche e chirurgiche entro le 20:00 al fine di garantire nel tempo dovuto tutte le procedure di sanificazione e riassetto delle sale con il rifornimento dei dispositivi medici utilizzati.

Gli orari di inizio e fine seduta possono essere gestiti con piccoli margini di flessibilità (inizio intervento comunque entro le 08:30 ad eccezione dei casi in cui il tempo di preparazione è tecnicamente più lungo) valutando le condizioni operative di ogni giornata, tenendo conto che, sebbene sia auspicabile l'anticipo dell'inizio seduta, la fine della seduta dev'essere ritardata il meno possibile, e comunque solo per problematiche/complicanze improvvise insorte durante l'esecuzione dell'ultimo intervento della giornata.

5.2 Modalità di pianificazione e programmazione dell'attività programmata nelle sale operatorie

La programmazione è effettuata dai Direttori UU.OO., i quali possono avvalersi di referenti formalmente delegati, e devono tenere conto di:

- a. tempi di impegno chirurgico in senso stretto (incisione-sutura);
- b. tempi di preparazione paziente, sanificazione e ripristino della sala, tempi di posizionamento, tempi anestesilogici, presumibili secondo esperienza per quel tipo di intervento e per quello specifico paziente, anche attingendo ai dati della proposta chirurgica (PC) e del fascicolo di preospedalizzazione (PO);

- c. tempi di trasferimento previsti per il paziente che eventualmente viene condotto con anestesista in TI e/o in Recovery Room (l'anestesista che accompagna il paziente non è immediatamente disponibile per il successivo intervento);
- d. vincoli connessi alla disponibilità delle apparecchiature e dello strumentario monouso e pluriuso e ai tempi di ricondizionamento di questi ultimi;
- e. attività chirurgiche, non da lista di attesa chirurgica, da effettuare in tempi rapidi, entro 48/72 ore per le quali riservare quota adeguata degli spazi operatori elettivi assegnati; ad esempio traumi o pazienti ricoverati per altra ragione che a seguito di una consulenza specialistica necessitino di intervento in continuità di ricovero;
- f. segnalare la necessità della presenza di personale SPECIALIST
- g. segnalare la necessità in sala della presenza di TSRM tenendo conto della disponibilità degli stessi.

5.3 Modalità e criteri di costruzione e validazione delle note operatorie

Le note operatorie rappresentano lo strumento fondamentale di programmazione e di organizzazione delle sale operatorie; E' obbligatoria la compilazione sia della nota giornaliera che quella settimanale.

5.3.1 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 le ore 12.00 del giorno precedente, tempo minimo 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.

5.3.2 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 (si suggerisce il mercoledì della settimana precedente come scadenza per l'invio e la valutazione) 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 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).

- i casi di maggior impegno, intesi con tempo totale previsto (preparazione, tempo chirurgico e uscita sala operatoria), vanno di norma inseriti all'inizio seduta;
- 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 pazienti con CK alto vanno inseriti ad inizio seduta
- 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.

6. Modalità Operative Attività di Emergenza/urgenza

Per intervento in urgenza si intende un intervento che deve essere eseguito entro un determinato limite temporale. Esistono due livelli di rapidità di intervento, discrezionali e definiti dal chirurgo:

- **“Intervento chirurgico di emergenza”**: necessità di intervento immediato in paziente in pericolo di vita o di grave peggioramento irreversibile dello stato di salute;
- **“Intervento chirurgico di urgenza”**: necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo che pone l'indicazione all'intervento, coordinandosi con il medico anestesista in regime di urgenza e contestualmente alla stessa. Il tempo di norma non dovrà superare le 24 ore. Sono riferite all'urgenza anche le attività di prelievo di organi e tessuti e di trapianto.

6.1 Descrizione orari di inizio e di fine di ogni blocco operatorio per l'attività di Urgenza/emergenza

L'attività di emergenza/urgenza è assicurata nella nostra Azienda h24 compreso i giorni festivi. Tale attività per tutte le branche chirurgiche ad esclusione della Neurochirurgia, ortopedia, oftalmologia, e ORL viene garantita presso il Padiglione Torre nella sala dedicata all'urgenza.

Nell'eventualità di una contemporanea seconda emergenza si sospenderà la seduta di elezione in atto presso la seconda sala del Padiglione Torre. Nell'impossibilità di effettuare tale sospensione si valuterà la disponibilità delle sale operatorie allocate nel Padiglione Ravaschieri (in seguito in quelle del nuovo blocco operatorio).

Per le branche di Neurochirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, e ORL l'attività di emergenza/urgenza si effettuerà presso le sale del Padiglione Ravaschieri sospendendo una seduta di elezione.

Quando si procederà alla chiusura del blocco operatorio del Padiglione Ravaschieri all'apertura delle sale operatorie di nuova realizzazione e all'apertura delle sale operatorie a Villa Bianca sarà ridefinito il percorso dell'emergenza.

6.2. Modalità di pianificazione e programmazione dell'attività di emergenza e urgenza

Nel caso di interventi in **emergenza** il chirurgo di branca all'atterrà il Dirigente Medico anestesista di turno in Pronto Soccorso ed il Coordinatore infermieristico del Blocco Operatorio.

Nel caso di interventi di **urgenza** il chirurgo di branca invierà al Responsabile del Blocco operatorio ed al Coordinatore infermieristico del medesimo la richiesta di intervento di urgenza che deve contenere i seguenti dati:

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

7. Monitoraggio

L'obiettivo è il monitoraggio dell'efficienza di sala operatoria al fine di garantire l'individuazione di eventuali aree di miglioramento per sviluppare soluzioni organizzative che permettano di garantire che la pianificazione dei ricoveri eseguita in funzione delle Liste di Attesa sia governata secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

7.1 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 una eventuale trasferimento intermedio in aree ad alta intensità di cura (Terapia intensiva).

La tabella successiva 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.

Indicatore da rilevare		Significato
M9	Raw Utilization: rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale di ore di SO assegnate (espresso in giorni)	Indica per quanto tempo di SO assegnato la SO è occupata da pazienti e quindi impegnata in attività core. Rappresenta la saturazione delle sedute pianificate. Capacità di utilizzo delle sedute pianificate
M10	Start-Time Tardiness: differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica (espresso in giorni)	Indica il ritardo di inizio del primo intervento chirurgico della giornata rispetto a quanto era stato programmato.
M11	Over-Time: differenza tra uscita dalla SO dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT (espresso in minuti) (OutSO>FineSLOT)	Indica l'intervallo di tempo supplementare durante il quale la SO resta occupata dall'ultimo paziente della giornata rispetto a quanto era stato pianificato
M12	Under – Utilization: differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e il momento di uscita dalla SO (espresso in minuti) (FineSLOT>OutSo)	Indica l'intervallo di tempo durante il quale la SO non viene utilizzata a pieno regime, perché l'ultimo paziente è uscito prima rispetto a quanto era stato programmato
M13	Turnover Time: differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla	Indica l'intervallo di tempo di ripristino della SO tra un paziente ed il successivo; da intendersi come la somma del

	SO del paziente precedente (espressa in minuti)	tempo di pulizia (cleanup) e di preparazione della SO (setup).
M14	Tempo medio chirurgico: differenza tra gli eventi fine procedura chirurgica e inizio procedura chirurgica (espressa in minuti)	Indica la durata media dell'intervento chirurgico
M15	Tempo medio anestesiologicalo: differenza tra gli eventi paziente posizionato e pronto e inizio induzione anestesia (espressa in minuti)	Indica l'intervallo di tempo medio di preparazione del paziente all'intervento chirurgico
M16	Numero di interventi per slot: numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo assegnata in fase di programmazione) (espresso come media)	Indica la densità di interventi chirurgici in una SO
M17	Touch time: differenza tra il momento in cui il paziente esce dalla Sala Operatoria e l'inizio delle attività di induzione all'anestesia.	Tempo di contatto, a valore per il paziente elaborato come proxy in funzione della disponibilità dei dati.
M18	Tasso di casi cancellati: rapporto tra il numero di interventi cancellati e il numero di interventi programmati (espresso in percentuale)	Indica quanto è accurata e verosimile la pianificazione chirurgica. Indica la variabilità della programmazione giornaliera.
M19	Percentuale di pazienti inviati in Recovery room: rapporto tra il numero di pazienti	Indica il numero di pazienti inviati in Recovery Room, permettendo di avere uno storico su cui programmare
M20	Percentuale di pazienti inviati in terapia intensiva: rapporto tra il numero di pazienti inviati in UTI e il totale dei pazienti operati (espresso in percentuale)	Indica il numero di pazienti inviati in UTI, permettendo di avere uno storico su cui programmare
M21	Tasso di utilizzo programmato: rapporto tra il tempo di SO programmato dal chirurgo in nota operatoria e il totale di ore di SO assegnate (espresso in percentuale)	Indica quanto è accurata e verosimile la pianificazione chirurgica giornaliera in via preventiva.
M22	Turnover time prolungati: rapporto tra il numero di turnover time superiori ai 60 minuti e il numero totale dei turnover time (espresso in percentuale)	Definisce un cut-off per i turnover time più lunghi e li quantifica identificando eventuali outlier oppure criticità
M23	Raw utilization per la SO di urgenza: relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale di ore di SO assegnate (espresso in percentuale) inviati in Recovery Room e il totale dei pazienti operati (espresso in percentuale)	Indica per quanto tempo il paziente è in SO, all'interno di una sessione pianificata in SO di urgenza
M24	Numero di casi in urgenza in sessione elettiva: rapporto tra il numero di sessioni elettive occupate da casi di urgenza e il numero totale di sessioni elettive (espresso in percentuale)	Indica quanto spazio hanno le urgenze all'interno di una programmazione ordinaria
M25	Fuori sessione: 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)	Indica quanta è la mole di lavoro in regime di pronta disponibilità per chi lavora in SO urgenza
M26	Value added time: rapporto percentuale tra il tempo medio chirurgico (indicatore M14) e il tempo medio di permanenza del paziente nella sala operatoria. Esprime	Consente di misurare ogni miglioramento introdotto a seguito dell'individuazione e la soluzione degli sprechi, oltre al monitoraggio e il Benchmarking relativo alle performance

	la percentuale di tempo a valore aggiunto sul totale tempo di attraversamento del paziente	delle sale operatorie.
--	--	------------------------

In attesa dell'informatizzazione dei blocchi operatori è stato predisposto un foglio Excel per la raccolta dei dati necessari all'elaborazione degli indicatori di cui sopra. I campi previsti sono:

1. Data
2. Nosologico SDO
3. Descrizione diagnosi
4. Codice intervento
5. Descrizione intervento
6. Codice reparto
7. Sala operatoria
8. Ora ingresso
9. Ora inizio intervento
10. Ora fine intervento
11. Ora uscita sala operatoria
12. Totale tempo chirurgico
13. Totale ore utilizzo sala
14. Chirurgo
15. Anestesista
16. Eventuale Invio in terapia intensiva

Il Coordinatore infermieristico dei blocchi operatori invierà mensilmente tale report al Gruppo di Programmazione che elaborerà gli indicatori della fase intra operatoria.

9. Normativa

1. 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.
2. D.G.R.C. n.254 del 30 maggio 2024 – recepimento Accordo Stato-Regioni sul documento “ Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” rep. Atti n.100/CSR del 09/07/2020.