



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale N. 60 del 17/01/2025

Proponente: Il Direttore UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E IGIENE SANITARIA

Oggetto: Presa d'Atto D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 – Linee di indirizzo per il paziente chirurgico programmato dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 17/01/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI

Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Anneschiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Alfredo Matano - UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E IGIENE SANITARIA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: Presa d'Atto D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 – Linee di indirizzo per il paziente chirurgico programmato dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

Direttore f.f. UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E IGIENE SANITARIA

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- che la chirurgia è considerata l'attività più complessa svolta all'interno degli ospedali e costituisce l'elemento caratterizzante e di alto valore di questa AORN;
- che pertanto l'implementazione di un sistema finalizzato a migliorare la gestione dei blocchi operatori risulta strategico data la necessità di affinare gli strumenti per misurare la performance delle strutture chirurgiche;
- che gli sviluppi della normativa tendono a qualificare il processo chirurgico attraverso la gestione integrata e ottimizzata delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali e la reingegnerizzazione dei processi interessati;
- che il regolamento dei blocchi operatori è fondamentale per l'applicazione di un modello organizzativo per il Governo delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati.

Considerato

- che l'attività chirurgica per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlata, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire l'occorrenza di incidenti per gli operatori e per la buona riuscita degli interventi;

Vista

- l'intesa del 21 febbraio 2019 (rep. atti n. 28/CSR) tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ed in particolare l'allegato A, punto 3.2 in cui si prevede che, nell'ambito delle attività di governo regionale delle liste d'attesa, si "dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione";
- l'Accordo Stato Regioni (Rep. Atti 100/CSR) del 9 luglio 2020 che detta le "Linee di
Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato";
- che con D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 la Giunta Regionale della Campania ha recepito le *"Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"* previste dal predetto Accordo Stato Regioni;

Ritenuto

- necessario definire nel contesto dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta le modalità attuative della regolamentazione generale dei Blocchi Operatori Aziendali;

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di prendere atto della D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 – *"Linee di indirizzo per il paziente chirurgico programmato"*
2. di adottare il *"Percorso Peri-Operatorio del paziente chirurgico dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta"* che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale, quale recepimento della citata D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024;
3. dare mandato alla UOC Sistemi Informatici Aziendali di implementare il percorso allegato sui sistemi informatici aziendali;
4. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/Responsabili/coordinatori delle UU.OO clinico-assistenziali, alla UOC Sistemi Informatici Aziendali, nonché dare mandato alla U.O.C. Affari Generali di trasmettere copia della presente deliberazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
5. di rendere la stessa immediatamente eseguibile.

**Il Direttore f.f. UOC Organizzazione
dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria**
Dott. Alfredo Matano

Deliberazione del Direttore Generale



IL DIRETTORE GENERALE

dott. Gaetano Gubitosa

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore ff U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari dott. Alfredo Matano

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in modalità telematica (art. 6, punto 1, lett e del regolamento aziendale) e sotto riportati

Il Direttore Sanitario	Dr.ssa Angela Anecchiarico	Favorevole
Il Direttore Amministrativo	Avv. Amalia Carrara	Favorevole

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. di **PRENDERE ATTO** della D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 – *“Linee di indirizzo per il paziente chirurgico programmato”*
2. di **ADOTTARE** il *“Percorso Peri-Operatorio del paziente chirurgico o dell’AORN Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta”* che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale, quale recepimento della citata D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024;
3. di **DARE MANDATO** alla UOC Sistemi Informatici Aziendali di implementare il percorso allegato sui sistemi informatici aziendali;
6. di **TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/Responsabili/coordinatori delle UU.OO clinico-assistenziali, alla UOC Sistemi Informatici Aziendali, nonché dare mandato alla U.O.C. Affari Generali di trasmettere copia della presente deliberazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
4. di **RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile.

**Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa**

Deliberazione del Direttore Generale

Linee di indirizzo per il paziente chirurgico programmato dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta



Rev. N.	VERSIONE DEL DOCUMENTO	DATA
0	Prima Emissione	2024

Redazione	Nome e Cognome	Ruolo
	Alfredo Matano	Direttore f.f. UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Alfredo Cioffi	Dirigente Medico UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Alessandra Lisciotto	Dirigente Medico UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Antonio Pennino	Dirigente Medico UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Giovanna Verrillo	Dirigente Medico UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Patrizia Cuccaro	Dirigente Medico UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
Approvazione	Angela Anncchiarico	Direttore Sanitario Aziendale
	Adozione	DIRETTORE GENERALE – GAETANO GUBITOSA

INDICE

1. Premessa	pag. 4
2. Scopo e Campo di applicazione	pag. 5
3. Livelli di Responsabilità	pag. 6
4. Il Percorso del paziente chirurgico	pag. 7
4.1. Fase Pre-operatoria	pag. 7
<i>4.1.1. Lista di Presa in Carico</i>	pag. 7
<i>4.1.2. Lista d'Attesa</i>	pag. 8
<i>4.1.3. Pre-ospedalizzazione</i>	pag. 8
<i>4.1.4. Programmazione e Gestione del Blocco Operatorio</i>	pag. 9
<i>4.1.5. Nota operatoria settimanale</i>	pag. 9
4.2. Fase Intra-operatoria	pag. 10
<i>4.2.1. Recovery Room</i>	pag. 10
4.3. Fase Post-operatoria	pag. 11
<i>4.3.1. Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO)</i>	pag. 11
5. Gli Indicatori di monitoraggio	pag. 12

1. Premessa

Il percorso peri-operatorio del paziente chirurgico è caratterizzato da una sequenza di fasi e di snodi decisionali quali:

1. la fase pre-operatoria;
2. la fase intra-operatoria;
3. la fase post-operatoria.

Ognuna di queste fasi richiede un'attenta pianificazione, un coordinamento accurato e un pieno governo delle attività al fine di garantire il miglior risultato possibile per il paziente. In calce si presenta la sinossi delle fasi:

FASE	LUOGO	DESCRIZIONE	PARTICOLARITA'
Fase Preoperatoria	Ambulatori e/o Reparto	La fase preoperatoria è il momento in cui il paziente si prepara fisicamente e mentalmente all'intervento chirurgico. Questa fase include una serie di attività che vanno dalla valutazione iniziale del paziente, comprensive degli esami diagnostici e strumentali, delle consultazioni con il chirurgo e l'anestesista, fino alla pianificazione dei dettagli logistici dell'intervento. In tale fase è fondamentale, ai fini dell'appropriatezza organizzativa, la scelta del setting assistenziale più idoneo.	Durante questa fase, è fondamentale fornire al paziente informazioni chiare e dettagliate sull'intervento, sulle procedure pre e postoperatorie, nonché sui potenziali rischi e benefici.
Fase Intra-operatoria	Blocco Operatorio (BO)	La fase intra-operatoria è il momento in cui l'intervento chirurgico effettivo viene eseguito. Questa fase coinvolge il team chirurgico che lavora insieme in sala operatoria per eseguire l'intervento in	Durante l'intervento, il chirurgo guida il procedimento, supportato da altri membri del team come gli anestesisti, gli infermieri e il personale di sala operatoria. È durante questa fase che si mettono in atto

		conformità con il piano preoperatorio stabilito	specifiche tecniche chirurgiche, monitorando attentamente il paziente e adottando le misure necessarie per garantire la sicurezza e il successo dell'operazione. Vengono, inoltre, effettuate valutazioni predittive intra-operatori
Fase Postoperatoria	Area Recovery e/o Reparto	La fase postoperatoria è il periodo che segue immediatamente l'intervento chirurgico e si estende fino al completo recupero del paziente. Durante questa fase, il paziente viene trasferito in un'area di recupero, laddove richiesto, dove viene monitorato da personale sanitario specializzato o in reparto di provenienza. È durante questo periodo che vengono gestiti il dolore postoperatorio, le complicazioni potenziali e la ripresa delle funzioni vitali.	Il paziente può essere sottoposto a terapie di riabilitazione, ricevere istruzioni per la cura delle ferite e per il recupero, nonché essere supportato emotivamente nel processo di guarigione.

In sintesi, il percorso del paziente chirurgico attraversa una sequenza di tre fasi interconnesse e con snodi cruciali (come descritto nei successivi diagrammi di flusso), dove il problem solving si realizza nell'aderenza a linee guida e best practices costantemente aggiornate, ai fini di garantire il governo clinico del percorso del paziente chirurgico.

2. Scopo e campo di applicazione

Con il presente documento si indicano le linee comportamentali e i criteri metodologici da adottare per il governo del percorso del paziente chirurgico. Il regolamento definisce il complesso delle regole e procedure di organizzazione e funzionamento della fase di pre-ricovero dell'AORN Sant'Anna e Sebastiano di Caserta, nonché la corretta definizione dei ruoli di tutto il personale coinvolto, segnatamente agli aspetti di coordinamento ed interdipendenza fra le diverse UU.OO. e professionalità coinvolte nel processo.

Obiettivo specifico della procedura è ottimizzare i tempi, la qualità e la completezza del percorso peri-operatorio del paziente e regolamentare in modo più efficace il rapporto con il paziente, con la programmazione del ricovero e con l'utilizzo delle sale operatorie e delle risorse assorbite dal ricovero chirurgico.

3. Livelli di responsabilità

Il Gruppo di Programmazione (Gruppo Strategico):

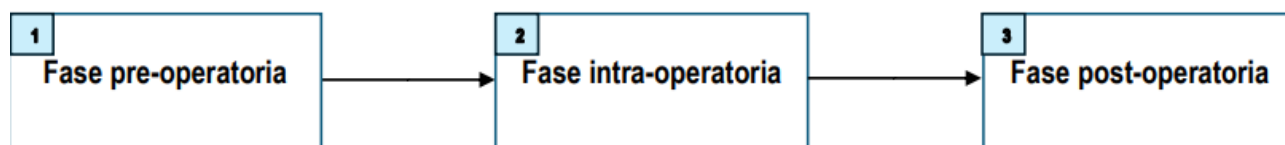
1. collabora con la Direzione Strategica per la pianificazione e programmazione delle attività operatorie, applicando gli obiettivi aziendali definiti dalla Direzione strategica oltre che le priorità di smaltimento delle liste di attesa;
2. Condivide quanto definito in fase di programmazione con i Direttori di UOC/UOSD/Programma di I fascia;
3. Attua gli obiettivi monitorando il rispetto delle regole definite per la gestione del percorso chirurgico;
4. Organizza il Reporting (data set, indicatori e monitoraggio);
5. Controlla le funzioni di gestione operativa delle piattaforme produttive.

È composto dal:

- Referente Liste d'attesa e ALPI;
- Referente della Direzione Sanitaria;
- Responsabile del Blocco Operatorio Pad. N;
- Responsabile del Blocco Operatorio Pad. F;
- Responsabile del Blocco Operatorio Pad. C;
- Responsabile della Preospedalizzazione;
- Direttore dei Dipartimento Scienze Chirurgiche;
- Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione;
- Direttore del Dipartimento Donna e Bambino;
- Direttore del Dipartimento Cardiovascolare.

4. Il Percorso del paziente chirurgico:

Il percorso si compone di tre fasi fondamentali dettagliate successivamente nel documento.



4.1. Fase Preoperatoria

Il percorso chirurgico inizia con una visita specialistica chirurgica (sia in ambito istituzionale che libero professionale) e può concludersi con l'effettuazione dell'intervento chirurgico o con la disconferma del problema chirurgico o con l'accertamento dell'inidoneità al trattamento chirurgico.

1. Visita Specialistica Chirurgica:

Il percorso inizia con la visita specialistica da parte del chirurgo.

- Se il paziente non risulta idoneo all'intervento, vengono prescritti ulteriori accertamenti diagnostici per chiarire le condizioni cliniche.
- Qualora, anche a seguito degli approfondimenti, l'idoneità non sia confermata, il paziente viene indirizzato al Medico di Medicina Generale o ad un altro specialista per il trattamento delle problematiche rilevate.
- Se, invece, il paziente è ritenuto idoneo al trattamento chirurgico, viene candidato all'intervento ed inserito in lista d'attesa o, se necessario, inserito in lista d'presa in carico (vedi dopo).

2. Preospedalizzazione:

Una volta inserito in lista d'attesa, il paziente viene contattato dal servizio di preospedalizzazione, che provvede ad aprire la scheda di preospedalizzazione e pianificare gli accertamenti necessari.

- Il paziente viene sottoposto a una serie di esami clinici e diagnostici mirati a verificare l'idoneità definitiva per l'intervento chirurgico.
- Quando tutti i requisiti clinici sono soddisfatti e il paziente risulta "operabile", si procede al ricovero per l'esecuzione dell'intervento.

3. Preparazione della Lista Operatoria:

Entro il giovedì della settimana precedente a quella interessata, il chirurgo elabora la lista operatoria settimanale sulla base delle valutazioni cliniche e organizzative. La lista viene quindi inviata al Gruppo di Programmazione per la validazione e il coordinamento delle attività chirurgiche.

Questo approccio strutturato consente di ottimizzare l'organizzazione del percorso chirurgico, garantendo la sicurezza del paziente e l'efficienza delle risorse disponibili.

4.1.1. Lista di Presa in Carico

In via teorica, l'inserimento in lista d'attesa coincide con l'indicazione chirurgica posta durante la visita specialistica: è tuttavia possibile che in questa fase, l'iter diagnostico non sia ancora completo e, quindi, non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente; oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento. In tali casi, il paziente viene inserito nella lista di presa in carico, che include i pazienti che, a seguito di una visita specialistica, hanno ricevuto un'indicazione chirurgica, ma non sono ancora nelle condizioni immediate per essere operati. La fase di presa in carico è gestita sui software informatici aziendali.

Durante il periodo di permanenza in questa lista, il paziente viene "preso in carico dalla struttura per un percorso clinico-assistenziale" (es. radio o chemioterapia neoadiuvante) o per il "completamento del percorso diagnostico" (es. stadiazione del tumore) o per "approfondimenti clinici strumentali". Quando necessario, in fase di presa in carico, il chirurgo può richiedere la consulenza di un anestesista o altro specialista al fine di valutare quanto più precocemente quelle situazioni che potrebbero compromettere l'idoneità chirurgica al momento del pre-ricovero.

È fondamentale determinare con precisione il momento in cui il paziente è idoneo per essere inserito nella lista d'attesa per un intervento specifico. Pertanto, la data di inserimento nella lista d'attesa corrisponde al momento in cui il paziente è effettivamente pronto per l'intervento chirurgico, avendo completato eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per una diagnosi corretta e un'indicazione terapeutica. Si sottolinea che la valutazione multidisciplinare dell'indicazione all'intervento è obbligatoria per tutti i casi oncologici (GOM).

4.1.2. Lista d'Attesa

L'inserimento nella lista d'attesa avviene quando il paziente è nelle condizioni effettive per essere sottoposto a intervento chirurgico, avendo completato tutti i trattamenti coadiuvanti e gli approfondimenti diagnostici necessari per definire l'indicazione al trattamento chirurgico. È essenziale organizzare l'attività chirurgica in modo da poter stabilire, al momento dell'inserimento nella lista d'attesa, un periodo certo di ricovero per l'esecuzione dell'intervento. L'inserimento nella lista d'attesa definisce il tempo di attesa attivo, calcolato dalla data di iscrizione alla data del ricovero (data ammissione). Pertanto, il tempo per la visita e gli esami (Pre-ricovero) è incluso nel tempo di attesa. È importante distinguere gli esami di pre-ricovero, finalizzati esclusivamente a valutare il rischio operatorio, la cui remunerazione rientra nel DRG di ricovero chirurgico (al netto di casi specifici da disciplinarsi con apposito e specifico protocollo) da quelli eventualmente richiesti durante la fase di presa in carico che, invece, hanno finalità diagnostico-stadiative e come tali vanno erogate nel setting assistenziale adeguato (prestazione ambulatoriale, PACC ecc) dietro prescrizione medica e con partecipazione dell'utente al costo, ove previsto. Ai sensi del DCA n.98/2016, per tutti i casi oncologici, l'indicazione all'intervento chirurgico è data dal GOM competente.

Lo specialista della struttura che gestisce la lista d'attesa è:

- Responsabile del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto;
- Responsabile dell'assegnazione del caso alla classe di priorità;
- Responsabile dell'indicazione del setting assistenziale.

La fase di lista d'attesa, comprensiva del percorso di pre-ospedalizzazione, è gestita informaticamente sui software informatici aziendali.

4.1.3. Pre-ospedalizzazione

La fase di pre-ospedalizzazione comprende tutte le attività necessarie a preparare il paziente per la sala operatoria, valutare il rischio perioperatorio e dichiarare il paziente ricoverabile/operabile e rientrano amministrativamente nell'episodio di ricovero chirurgico (in altre parole, la

remunerazione di tali prestazioni rientra nel DRG del ricovero, come specificato più avanti). Inizia con la chiamata del paziente dalla lista d'attesa, secondo criteri di trasparenza ed equità. Questa fase deve essere completata con il minor numero di accessi per il paziente, perseguendo sempre l'obiettivo di umanizzazione delle cure. Gli obiettivi principali di questa fase sono:

1. Valutare l'idoneità chirurgica, intesa come valutazione delle condizioni generali del paziente;
2. Valutare la necessità di approfondimenti per identificare il setting di cura adeguato;
3. Fornire tutte le informazioni al paziente riguardo le caratteristiche dell'intervento, dell'anestesia e delle fasi successive durante il ricovero, per garantire una piena comprensione del percorso di cura, fino alle condizioni post-dimissione;
4. Somministrare e raccogliere il consenso informato al trattamento;
5. Determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesiologicalo);
6. Ottimizzare le condizioni del paziente per ridurre il rischio perioperatorio e la durata della degenza;
7. Definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post-operatoria (DS, DO, eventuale transito in ambiente intensivo, percorsi di recupero funzionale o riabilitazione se necessari).

La pre-ospedalizzazione rappresenta uno step fondamentale per la gestione ottimale del paziente candidato a intervento chirurgico programmato e deve essere eseguito nel rispetto di due principi fondamentali: appropriatezza e tempestività. L'obiettivo di questa fase è eliminare la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessarie per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione all'intervento, oltre ad altre metodiche occasionalmente necessarie. Questi esami, eseguiti presso questa Azienda, sono inclusi nella tariffa DRG (Legge del 23/12/1996 art. 1 comma 18), mentre in caso di intervento non eseguito per volontà del paziente sono a carico del cittadino, con tariffa secondo il nomenclatore regionale vigente.

4.1.4. Programmazione e Gestione del Blocco Operatorio

La pianificazione delle sale operatorie deve considerare la tipologia, la durata e la complessità degli interventi. A questo scopo, il Responsabile di ciascun Blocco Operatorio, in collaborazione con il Gruppo di Programmazione, aggiorna mensilmente gli slot operatori seguendo criteri di governance clinica, quali:

- Le liste d'attesa chirurgiche delle singole Unità Operative;
- Gli obiettivi attribuiti a ciascuna Unità Operativa secondo i provvedimenti aziendali.

Il Direttore o Responsabile delle Unità Operative di area chirurgica, in accordo con il Responsabile del Blocco Operatorio, stabilisce le priorità nella programmazione settimanale con l'obiettivo di ottimizzare efficienza, qualità e sicurezza.

4.1.5. Nota Operatoria Settimanale

La programmazione settimanale si basa sulle liste d'attesa, selezionando pazienti già giudicati idonei al termine della pre-ospedalizzazione. Deve rispettare i seguenti criteri operativi:

- Gli interventi più complessi e lunghi (comprendendo preparazione, esecuzione e uscita dalla sala) devono essere programmati all'inizio della seduta.
- Gli interventi che non possono essere rinviati vanno inseriti preferibilmente all'inizio o comunque evitandone la collocazione a fine seduta.
- I pazienti allergici al lattice devono essere trattati all'inizio della seduta, in sale appositamente predisposte.
- I casi con infezioni trasmissibili per via aerea devono essere eseguiti a fine seduta.

Entro il giovedì precedente la settimana di riferimento, il Direttore o Responsabile dell'Unità Operativa invia alla Direzione Sanitaria e al Gruppo di Programmazione la pianificazione settimanale, che include:

- Blocco operatorio e sala assegnata;
- Orari di apertura e della seduta operatoria;
- Giorno, data e ordine dell'intervento;
- Dati identificativi del paziente;
- Diagnosi e tipologia di intervento;
- Dispositivi e materiali necessari;
- Durata prevista dell'intervento;
- Lateralità e posizione del paziente;
- Necessità di emocomponenti;
- Eventuali allergie e note specifiche;
- Richiesta di accesso a TIPO o Area Recovery;
- Classificazione igienico-sanitaria;
- Disponibilità del personale tecnico necessario.

Le Unità Operative che eseguono gli interventi chirurgici in Sale Operatorie a loro dedicate, la pianificazione settimanale da trasmettere entro il giovedì deve tenere conto delle eventuali urgenze chirurgiche prevalentemente riferibili al "distacco di retina" per cui è possibile che il completamento della lista operatoria avvenga successivamente alla trasmissione del giovedì.

4.2. Fase intra-operatoria

Il percorso intra-operatorio inizia con la chiamata del paziente e il suo trasferimento dal reparto al Blocco Operatorio, concludendosi al termine dell'intervento quando il paziente viene riportato al reparto di degenza o trasferito in Terapia Intensiva.

L'atto chirurgico rappresenta l'evento centrale dell'intero percorso, dove una corretta pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività è essenziale per massimizzare la sicurezza del paziente e del personale sanitario. Questo avviene anche grazie all'utilizzo di strumenti di controllo, come le check-list di sala operatoria.

Ogni intervento chirurgico prevede tempistiche diverse che coinvolgono tutto il personale di sala operatoria. In questa prospettiva, è fondamentale definire e condividere un percorso chirurgico standardizzato all'interno del blocco operatorio. Questo permette di migliorare l'efficienza nell'uso delle risorse, ridurre la variabilità e fornire assistenza a un maggior numero di pazienti, garantendo equità di accesso alle cure.

Alla fine di ogni intervento chirurgico, spetta al primo operatore compilare il Registro Operatorio, attestando il completamento dell'intervento e riportando tutte le informazioni utili, comprese eventuali complicanze.

La fase intraoperatoria si articola in diverse fasi operative e organizzative che garantiscono la sicurezza e la continuità dell'assistenza.

1. **Trasporto del Paziente:**

Il paziente viene accompagnato dal personale del reparto di degenza al Blocco Operatorio.

2. **Preparazione in Recovery Room:**

Una volta giunto nel Blocco Operatorio, il paziente viene accolto nella Recovery Room, dove il personale sanitario effettua le procedure di preparazione all'intervento chirurgico.

3. **Ingresso in Sala Operatoria:**

Dopo la preparazione, il paziente viene trasferito in Sala Operatoria, dove si procede con l'induzione dell'anestesia.

4. **Posizionamento e Avvio dell'Intervento:**

Successivamente, il paziente viene posizionato in modo adeguato per l'esecuzione dell'intervento chirurgico. Terminata questa fase, si dà inizio all'atto operatorio.

5. **Conclusione dell'Intervento e Monitoraggio Postoperatorio:**

Al termine dell'intervento, il paziente viene trasferito nuovamente nella Recovery Room per un periodo di monitoraggio continuo e assistenza nella fase di risveglio dall'anestesia.

6. **Trasferimento al Reparto o in Terapia Intensiva:**

In base alle condizioni cliniche del paziente, viene disposto il trasferimento presso il reparto di degenza ordinaria o, in caso di necessità, in Terapia Intensiva per un'assistenza più intensiva e monitorata.

Questa sequenza strutturata garantisce un percorso intraoperatorio sicuro ed efficiente, rispettando le esigenze cliniche individuali del paziente.

4.2.1. Recovery Room

La Recovery Room, situata all'interno del blocco operatorio, è destinata alla preparazione dei pazienti e al monitoraggio e trattamento nella fase postoperatoria.

Svolge una funzione di filtro tra la Sala Operatoria e l'area di degenza, contribuendo a ridurre il ricorso a degenze brevi in Terapia Intensiva Postoperatoria. Questo consente di aumentare la capacità di programmare interventi complessi che richiedono accesso alla Terapia Intensiva.

4.3. Fase Post-Operatoria

Questa fase comprende tutte le attività necessarie per garantire che il paziente sia pronto per la dimissione dall'Azienda, inclusi il monitoraggio delle condizioni cliniche e la gestione di eventuali eventi avversi.

La pianificazione precoce della dimissione consente di organizzare in modo efficace ed efficiente il percorso di uscita del paziente, contribuendo a ridurre la durata media della degenza e a migliorare il turnover dei posti letto.

1. **Trasferimento dal Blocco Operatorio:**

Al termine del monitoraggio nella Recovery Room, il paziente viene trasferito nel reparto di degenza ordinaria o, se le sue condizioni cliniche lo richiedono, in Terapia Intensiva per un'assistenza più intensiva e monitorata.

2. **Monitoraggio e Assistenza:**

Durante il periodo di degenza, il paziente viene sottoposto a monitoraggio clinico e trattamenti specifici per favorire il recupero post-operatorio, gestire eventuali complicanze e assicurare il controllo del dolore.

3. **Dimissione:**

Quando le condizioni cliniche del paziente lo consentono e si ritiene completato il percorso di recupero, il paziente viene dimesso dalla struttura. La dimissione può essere programmata con eventuali indicazioni per la continuità assistenziale presso il domicilio, presso strutture riabilitative o tramite l'assistenza territoriale, qualora necessario.

Questa fase rappresenta un momento cruciale per il consolidamento degli esiti chirurgici e il ripristino delle condizioni di salute del paziente.

4.3.1. Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO)

La TIPO garantisce il supporto intensivo necessario per il recupero sicuro del paziente, in particolare dopo interventi complessi, prolungati o in presenza di fragilità organiche o patologie che comportano il rischio di sviluppare insufficienze d'organo.

La TIPO offre supporti meccanici e farmacologici, oltre a monitoraggi avanzati e cure intensive per periodi prolungati rispetto alla PACU/AR. Questi interventi permettono di prevenire l'aggravamento di criticità, assicurare un recupero sicuro e avviare precocemente la riabilitazione postoperatoria.

Questa unità riveste un ruolo cruciale nella pianificazione del percorso perioperatorio per pazienti critici o ad alto rischio, adattandosi con livelli di intensità variabili a seconda delle necessità.

Principi Operativi della TIPO

1. **Criteri di ammissione, cura e dimissione:** devono essere ben definiti per garantire la sicurezza del paziente e una gestione organizzativa efficace del percorso chirurgico.
2. **Valutazione preoperatoria:** l'indicazione al ricovero in TIPO deve essere chiaramente riportata nella valutazione preoperatoria e comunicata tempestivamente a tutti i servizi coinvolti.
3. **Pianificazione delle risorse:** la disponibilità di posti letto in TIPO deve essere coordinata con le esigenze chirurgiche, consentendo una programmazione ottimale della data dell'intervento.
4. **Trasporto sicuro del paziente:** il trasferimento dal Blocco Operatorio alla TIPO deve avvenire in condizioni di sicurezza, con una consegna dettagliata sul decorso intraoperatorio al personale della TIPO.
5. **Gestione flessibile della degenza:** la TIPO deve essere in grado di prevedere la durata della degenza per interfacciarsi con la programmazione chirurgica ordinaria, mantenendo un livello di flessibilità adeguato a gestire ricoveri urgenti non pianificati.

5. Gli Indicatori di monitoraggio

Fase Pre-Operatoria

Tabella 2 – Indicatori fase pre-operatoria

N.	Indicatore da rilevare	Calcolo	Definizione	Significato
M1	CONSISTENZA LISTA DI ATTESA	$LdA = \sum pz \text{ in LdA}$	Numerosità dei pazienti in lista di attesa, stratificati per: <ul style="list-style-type: none">- Classe di priorità- Regime (RO,DS, ch. Amb)- Unità Operativa	Permette di conoscere il numero di cittadini in attesa di essere trattati chirurgicamente a carico del SSN e fare valutazioni nell'ottica della programmazione chirurgica
M2	TEMPO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA'	$TdA = T3 - T1$	Tempi di attesa stratificato per: <ul style="list-style-type: none">- Classe di priorità- Regime (RO,DS, ch. Amb)- Unità Operativa Si ottiene dalla differenza tra la data del ricovero e la data di inserimento in LdA espresso in giorni	Permette di conoscere il tempo prima che il paziente venga ricoverato per il trattamento chirurgico. E' il tempo di attesa del singolo paziente.

M2.1	INDICE DI PERFORMANCE (ex ante)	$\%IP = \frac{\text{N.prenotazioni entro i tempi}}{\text{n.prenotazioni}}$	È il rapporto in percentuale tra le prestazioni “prenotate” entro il tempo massimo previsto dalla specifica classe di priorità e le prenotazioni totali.	L’intervallo di tempo considerato è “Data erogazione – Data contatto”. In questa elaborazione non viene considerata la data di effettivo appuntamento ma, esclusivamente, la data di prima disponibilità offerta dall’Azienda; in questo modo non vengono considerati i casi in cui il paziente rifiuta la prima disponibilità preferendo un giorno successivo.
M3	NUMERO DI PAZIENTI OLTRE SOGLIA	$OS = \sum \text{pz TdA} > CP$	Numero di pz ricoverati con Tempo di Attesa maggiore del tempo di attesa previsto dalla Classe di Priorità; stratificati per: <ul style="list-style-type: none"> - Regime di ricovero (RO,DS,ch.am) - Unità Operativa 	Permette di conoscere il n. di cittadini trattati chirurgicamente a carico del SSN dopo aver superato il tempo di attesa previsto dalla classe di Priorità assegnata
M4	TEMPO DI PREPARAZIONE	$TP = \text{Data LdA} - \text{Data PIC}$	Tempo intercorso tra la data di inserimento in PIC e la data di inserimento in LdA, stratificato per Classe di Priorità. Espresso in giorni	Descrive quanto tempo i pazienti impiegano ad essere pronti per l’intervento chirurgico
M5	UTILIZZO DEL PRE-RICOVERO (PR)	$PR (U_{preRic}) = \frac{\sum \text{pz operati}}{\sum \text{pz operati}}$	Numero di pazienti operati che hanno usufruito del PR rispetto al n. totale di pazienti operati	Permette di valutare l’utilizzo del PR, ovvero per quanti pazienti è stata verificata l’idoneità a sostenere un intervento chirurgico programmato.
M6	TEMPO DI IDONEITA’ (TI)	$TI = T3 - T2$	Si ottiene dalla differenza fra la data di ricovero e la data in cui è stato eseguito il pre-ricovero. Espresso in giorni.	Permette di valutare l’efficienza organizzativa delle attività propedeutiche e di preparazione all’intervento chirurgico
M7	TEMPO PER LA CHIAMATA AL PRE-RICOVERO	$TPR = T2 - T1$	Tempo intercorso tra l’inserimento in Lista d’Attesa e l’esecuzione del pre-ricovero. Espresso in giorni	Permette di verificare se il pre-ricovero viene svolto in tempo utile dopo l’inserimento in Lista d’Attesa per garantire il rispetto della Classe di priorità
M8	TEMPO DI DEGENZA PREOPERATORIA	$TPO = T4 - T3$	E la degenza preoperatoria	E’ fortemente connessa all’utilizzo del pre-ricovero

Fase Intra-Operatoria

Tabella 3 – I quindici eventi fondamentali del percorso intra-operatoria

N.	Evento Da Rilevare	Acronimo	Grado Obbligatorietà	Definizione Misura	Tipologia	Responsabile
1	Uscita dal reparto	OutR	Obbligatorio	Quando l'operatore di trasporto prende in carico il paziente	Logistica / Rischio clinico	Operatore di trasporto e/o Infermiere di reparto
2	Pz. Disponibile al filtro	inF	Consigliato	Ingresso del paziente al filtro e verifica della sua identità	Logistica / Rischio clinico	Operatore del filtro
3	Ingresso al Blocco operatorio	inORB	Obbligatorio	Quando l'infermiere di blocco operatorio prende in carico il paziente	Logistica / Rischio clinico	Infermiere
4	Ingresso in Area di Recovery	inSi	Facoltativo	Ingresso del paziente in sala di induzione	Logistica	Infermiere
5	Ingresso in sala operatoria	inSO	Obbligatorio	Ingresso del paziente in SO	Logistica	Infermiere
6	Inizio Induzione Anestesia	StAnest	Obbligatorio	Momento in cui viene iniettato l'anestetico per anestesia regionale o iniezione cutanea per anestesia regionale	Clinica	Infermiere / anestesista
7	Paziente posizionato e pronto	PzPr	Obbligatorio	Paziente pronto per la chirurgia, terminata la fase Anestesiologica ed il posizionamento	Clinica	Infermiere / anestesista
8.	Inizio procedura chirurgica	StCh	Obbligatorio	Inizio Incisione	Clinica	Infermiere
9	Fine procedura chirurgica	EndCh	Obbligatorio	Ultimo punto di sutura	Clinica	Infermiere
10	Uscita dalla sala operatoria	OutSO	Obbligatorio	Uscita del paziente dalla SO	Logistica	Infermiere
11	Ingresso in Area Recovery	InAR	Consigliato	Ingresso del paziente in Area Recovery	Logistica	Infermiere di AR
12	Uscita dalla Area Recovery	OutAR	Facoltativo	Uscita del paziente dalla AR	Logistica	Infermiere di AR
13	Uscita dal Blocco Operatorio	OutOrb	Obbligatorio	Uscita del paziente dal blocco operatorio.	Logistica	Operatore di trasporto
14	Ingresso in Terapia Intensiva	InUTI	Consigliato	Ingresso del paziente in terapia intensiva.	logistica	Infermiere di UTI
15	Ritorno in reparto	InR	Obbligatorio	Quando l'infermiere di reparto riprende in carico il paziente.	Logistica	Infermiere di reparto

Tabella 4 - Indicatori del percorso chirurgico intra-operatorio

N.	Indicatore Da Rilevare	Calcolo	Definizione	Significato
M9	UTILIZZO GREZZO (RU*)	$RU = \frac{\sum \text{OutSO} - \text{inSO}}{tSO} (\%)$	Rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale delle ore di SO assegnate, espresso in percentuale	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	RITARDO ORARIO D'INIZIO (STT**)	$STT = \text{StCh} - \text{Inizio Prog}$	Differenza tra l'inizio effettivo della procedura chirurgica del primo intervento della giornata e l'inizio programmato della procedura chirurgica, espressa in minuti	Indica il ritardo di inizio del primo intervento chirurgico della giornata rispetto a quanto era stato programmato.
M11	OVERTIME (straordinario)	$OT = \text{OutSO} - \text{Fine SLOT}$	Differenza tra uscita dalla SO dell'ultimo paziente e l'orario programmato di fine SLOT, espressa in minuti (OutSO > Fine SLOT)	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	SOTTOUTILIZZAZIONE (UU°)	$UU = \text{FineSlot} - \text{OutSO}$	Differenza tra l'orario programmato di fine SLOT e il momento di uscita dalla SO, espressa 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	TEMPO DI TURNOVER	$TT = \text{InSO}_{pz2} - \text{OutSO}_{pz1}$	Differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla SO del paziente precedente, espressa in minuti	Indica l'intervallo di tempo di ripristino della SO tra un paziente ed il successivo; da intendersi come la somma del tempo di pulizia (clean up) e di preparazione della SO (set up).
M14	TEMPO MEDIO CHIRURGICO	$Tchir = \text{EndCh} - \text{StCh}$	Differenza tra gli eventi <i>fine procedura chirurgica</i> e <i>inizio procedura chirurgica</i> , espressa in minuti	Indica la durata media dell'intervento chirurgico
M15	TEMPO MEDIO ANESTESIOLOGICO	$Tanest = \text{PzPr} - \text{StAnest}$	Differenza tra gli eventi <i>paziente posizionato e pronto</i> e <i>inizio induzione anestesia</i> , espressa in minuti	Indica l'intervallo di tempo medio di preparazione del paziente all'intervento chirurgico
M16	NUMERO DI INTERVENTI PER SLOT	$\frac{\text{n. interventi N}}{\text{n. SLOT}}$	Numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo sala assegnata in fase di programmazione), espresso come media	Indica la densità di interventi in una SO
M17	TOUCH TIME	$Tanest = \text{OutSO} - \text{StAnest}$	Differenza tra il momento in cui il paziente esce dalla SO e l'inizio delle attività di induzione all'anestesia	Indica il tempo di contatto, a valore per il paziente elaborato come proxy in finzione della disponibilità dei dati
M18	TASSO DI CASI CANCELLATI	$CC = \frac{\text{n.interv.canc}}{\text{n.interv. prog}} (\%)$	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 AREA RECOVERY	$\text{AR} = \frac{\text{n.pz. in AR}}{\text{n. pz. operati}} (\%)$	Rapporto tra il numero di pazienti inviati in Area Recovery e il totale dei pazienti operati, espresso in percentuale	Indica il numero di pazienti inviati in Area Recovery, permettendo di avere uno storico su cui programmare
M20	PERCENTUALE DI PAZIENTI INVIATI IN TERAPIA INTENSIVA	$\text{UTI} = \frac{\text{n.pz. in UTI}}{\text{n. pz. operati}} (\%)$	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	$\text{UP} = \frac{\text{t programmato}}{\text{tSO}} (\%)$	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	$\text{TTP} = \frac{\text{nTT} > 60 \text{ min}}{\text{nTT}} (\%)$	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	$\text{RUU} = \frac{\sum \text{OutSO} - \text{InSO}}{\text{tSO}} (\%)$	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	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	$\text{UinE} = \frac{\text{n.elettive urgenza}}{\text{n.elettive}}$	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	$\text{FS} = \frac{\text{minuti lav repU}}{\text{minuti lav totU}} (\%)$	Relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra i minuti di lavoro in regime di 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 urgenze
M26	VALUE ADDED TIME	$\text{VAT} = \frac{\text{EndCh} - \text{StCh}}{\text{OutSO} - \text{InSO}} (\%)$	Rapporto percentuale tra il tempo medio chirurgico (indicatore M14) e il tempo medio di permanenza del paziente nella sala operatoria. Esprime la percentuale di tempo a valore aggiunto sul totale tempo di attraversamento del paziente	Consente di misurare ogni miglioramento introdotto a seguito dell'individuazione e la soluzione degli sprechi, oltre al monitoraggio e il Benchmarking relativo alle performance delle sale operatorie.

*RU=RAW UTILIZATION

** STT= STARTTIME TARDINESS

°UU= UNDER UTILIZATION

Tabella 5- Indicatori del percorso chirurgico post-operatorio

N.	Indicatore Da Rilevare	Calcolo	Definizione	Significato
M27	TASSO DI REINGRESSI IN SALA OPERATORIA	$R = \frac{\text{N pz rientrati in SO}}{\text{N interventi effettuati}}$	Rapporto tra i reingressi in Sala Operatoria non programmati avvenuti per motivi clinici connessi al primo intervento e il numero di interventi effettuati. Può essere valutato dopo 7, 15 e >30 gg. dall'intervento chirurgico. E' espresso in percentuale	Fornisce un'indicazione sul numero di complicanze post-chirurgiche maggiori che danno luogo a reintervento chirurgico.
M28	TASSO DI CONVERSIONE DA DAY SURGERY A RICOVERO ORDINARIO	$R = \frac{\text{N conversioni DS-ORD}}{\text{N interventi DS effettuati}}$	Rapporto tra il numero di pazienti ricoverati in Day Surgery e successivamente convertiti in regime ordinario e il totale degli interventi eseguiti in DS. E' espresso in percentuale	È informativo sul tasso di complicanze cliniche o organizzative responsabili di un cambio di setting assistenziale.
M29	TEMPO DI DEGENZA POSTOPERATORIA	$T_{degPO} = T4 - T3$	Differenza tra la data di dimissione e la data di esecuzione dell'intervento chirurgico. Espresso in giorni.	Fornisce informazione su complicanze, appropriatezza e corretta valutazione pre-operatoria.
M30	RIAMMESSI IN RR/TIPO ENTRO 24H*	$R_{in} = \frac{\text{Npz rientrati in RR/TIPO}}{\text{N accessi totali}}$	Rapporto tra il numero di pazienti rientrati in AR o TIPO entro 24 ore ed il numero totale di accessi. Questo indicatore può essere calcolato per la AR e per la TIPO.	Fornisce informazioni sulla efficacia e sicurezza della gestione postoperatoria
M31	PAZIENTI RICOVERATI IN RR/TIPO NON PREVISTI	$R_{in} = \frac{\text{Npz in AR/TIPO non previsti}}{\text{N accessi totali}}$	Rapporto tra il numero di pazienti ammessi in AR o TIPO non previsti ed il numero totale di accessi. Questo indicatore può essere calcolato per la AR e per la TIPO	Fornisce informazioni sulla efficienza/efficacia del processo di stratificazione del rischio
M32	PAZIENTI IN TIPO DA PACU-AR	$RR_{TIPO} = \frac{\text{Npz da AR a TIPO}}{\text{N accessi totali in RR}}$	Rapporto tra il numero di pazienti trasferiti in TIPO da AR rispetto al numero totale di pazienti con accessi a AR	Fornisce informazioni sulla efficienza/efficacia della gestione del paziente in AR-PACU