

The German Perioperative Procedural Time Glossary (2020 Edition*)

A concerted recommendation of BDA, BDC, VOPM, VOPMÖ, ÖGARI and SFOPM

M. Bauer^{1,3} · T.C. Auhuber² · R. Kraus⁴ · J. Rüggeberg² · K. Wardemann³ · P. Müller⁵ · C. Taube¹ · M. Diemer^{2,3} · M. Schuster¹



La presente traduzione è stata curata da M. Brenni sulla base della prima traduzione di N. Clerici (2016) per conto della Società Svizzera di Gestione del Blocco Operatorio.

- 1 Associazione Professionale degli Anestesiisti Tedeschi, Norimberga (Germania)
- 2 Associazione Professionale dei Chirurghi Tedeschi, Berlino (Germania)
- 3 Associazione per la Gestione del Blocco Operatorio, Hannover (Germania)
- 4 Associazione austriaca per la Gestione del Blocco Operatorio, Baden (Austria)
- 5 Società Professionale Svizzera di Gestione del Blocco Operatorio, Lucerna (Svizzera)

* Con l'accettazione della raccomandazione corrente, la versione attualizzata del glossario del 2016 non è più valida. Gli autori ringraziano il Signor PD Dr. T. Klöss per la revisione critica definitiva. Questa raccomandazione attuale è una revisione fondamentale della versione precedente; i contributi degli autori precedenti per lo sviluppo delle raccomandazioni sono espressamente riconosciute in questa sede. Nelle versioni precedenti sono stati inoltre coinvolti i seguenti autori: J. Ansorg, A. Schleppers, K. Bomplitz, E. Tsekos, R. Hanss (2008) come anche R. M. Waschle e H.J. Meyer (2016).

Conflitto di interessi

Gli autori specificano che non sussistono conflitti di interessi.

Parole Chiave

Management Ospedaliero – Gestione del Blocco Operatorio- Tempi procedurali – Numeri indicatori

Riepilogo

Una gestione di successo delle sale operatorie permette di realizzare la riorganizzazione efficiente delle procedure prestazionali cliniche e l'istituzione di un sistema di reportistica resistente per l'area operativa. Entrambi i compiti richiedono l'uso di indicatori procedurali adeguati.

Una prima definizione uniforme di tutti i punti temporali e degli indicatori rilevanti del processo di assistenza in ambito operatorio è stata approvata e pubblicata nel 2008 dall'Associazione Professionale degli Anestesiisti Tedeschi (BDA, Berufsverband Deutscher Anästhesisten), dall'Associazione Professionale dei Chirurghi Tedeschi (BDC, Berufsverband Deutscher Chirurgen) e dall'Associazione per la Gestione del Blocco Operatorio (VOPM, Verband für OP-Management) [1].

L'attualizzazione pubblicata nel 2016 [2] e la pubblicazione presente del 2020 rappresentano un ulteriore sviluppo di questo glossario, che tengono conto della complessità e delle crescenti esigenze della gestione odierna del blocco operatorio. A questo scopo, il glossario è stato radicalmente modificato, le definizioni sono state adattate alle conoscenze attuali e sono stati aggiunti contenuti rilevanti.

Nella nuova versione 2020 si trovano cambiamenti importanti ed aggiunte, come:

- la revisione dei tempi procedurali, in particolare l'interfaccia della liber-

Glossario dei tempi procedurali e degli indicatori perioperatori

Una raccomandazione congiunta di BDA, BDC, VOPM, VOPMÖ, ÖGARI e SFOPM

Versione 2020*

azione anestesiológica e del tempo di cambio del personale di sala operatoria (riguardanti soprattutto A6, A7, O2, K7, K15a),

- la concretizzazione delle dimensioni di riferimento riguardanti la capacità (riguardanti soprattutto S2 e K18) con la nuova immissione della definizione del tempo di funzionamento principale (K18a),
- la revisione della **classificazione riguardante l'urgenza delle operazioni**,
- una nuova immissione della **classificazione riguardante l'urgenza dei tagli cesarei** per la gestione del blocco operatorio, analoga alla classificazione dei tagli cesarei apparsa in giugno 2020 nelle linee guida sui tagli cesarei delle società germanofone di ginecologia ed ostetricia (S3-Leitlinie Sectio cesarea der deutschsprachigen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe), e come
- per la prima volta una nuova demarcazione fondamentale nella gestione del blocco operatorio dei concetti basilari procedura, operazione, sessione e caso.

L'obiettivo di questo continuo sviluppo è di fornire una definizione uniforme valida nelle condizioni attuali dei parametri prestazionali perioperatori. Questi possono essere utilizzati da tutti i coinvolti nelle procedure perioperatorie e principalmente dai gestori dei blocchi operatori, ma anche da consigli di ammi-

nistrazione come guida per la selezione, l'uso, l'interpretazione e **reporting** di parametri di prestazione adeguati. Inoltre si tratta di un fondamento principale per confronti di **benchmark**, i quali senza definizioni precise e uniformi di tutti i tempi procedurali e di tutti gli indicatori, non possono fornire risultati validi.

Con questa presente versione 2020, per la prima volta viene ottenuta un' accettazione dei contenuti da parte dei rispettivi gremi in Germania, in Svizzera e in Austria così che questo glossario raggiunge una validità in tutta la regione germanofona, per cui divengono possibili delle analisi procedurali al di là delle frontiere dei sistemi di salute.

Introduzione

La pressione dei costi negli ospedali e nelle strutture chirurgiche ambulatoriali continua a rendere necessaria la creazione di servizi medici efficienti. Poiché negli interventi chirurgici l'utilizzo intraoperatorio delle risorse è il principale fattore di costo, la gestione del blocco operatorio svolge un ruolo centrale. Di conseguenza, l'impegno è volto in maniera crescente a garantire l'efficienza economica in questo settore ad alto costo attraverso l'implementazione di gestori di blocco operatorio investiti di autorità e responsabili del budget, in particolare è stato dimostrato che l'introduzione di una gestione centrale del blocco operatorio può portare ad uno sviluppo positivo delle prestazioni e ad un corrispondente aumento delle entrate [3].

Il compito del gestore del blocco operatorio è essenzialmente quello di organizzare efficacemente processi prestazionali e creare un sistema di reportistica valido, tempestivo e comprensibile. A questo scopo, il gestore della sala operatoria necessita di indicatori significativi, che (per quanto riguarda gli indicatori procedurali) devono essere raccolti sulla base di punti temporali chiaramente definiti. Inoltre, tali indicatori procedurali sono necessari per i calcoli delle entrate e dei costi a livello di costo-beneficio per la sala operatoria [4].

In Germania, per la prima volta nel 2008, sono state pubblicate definizioni uniformi dei punti temporali e degli indicatori delle procedure di assistenza perioperatorie come posizione comune dell'Associazione degli Anestesisti Tedeschi (BDA), dell'Associazione dei Chirurghi Tedeschi (BDC) e dell'Associazione per la gestione del Blocco Operatorio (VOPM) [1].

La presente versione 2020 rappresenta dopo quella del 2016 [2] la seconda attualizzazione.

Premessa

Nelle strutture operative dovrebbe essere disponibile un consenso scritto tra i gruppi professionali coinvolti per quanto riguarda le fasi procedurali di seguito indicate. Tale consenso dovrebbe definire, tra l'altro,

- che cosa comprenda la singola fase procedurale,
- chi debba rispondere della fase procedurale,
- quale qualifica/requisito formale minimo debba essere soddisfatto dall'esecutore,
- in che modo debba essere eseguita con precisione la fase procedurale,
- come ed eventualmente da chi debba essere documentata la fase procedurale, e
- come procedere in caso di deviazioni rispetto al processo prestabilito.

I tempi e i periodi elencati di seguito rappresentano nel modo più preciso possibile il processo perioperatorio sia per il paziente come per gli operatori, gli anestesisti, gli infermieri ed il personale di pulizia e di logistica coinvolti. Tuttavia, esistono grandi differenze nella pratica dei processi perioperatori nei vari ospedali e nelle strutture chirurgiche ambulatoriali; il glossario non vuole predefinire o propagare una procedura particolare, ma consente semplicemente di descrivere i processi in sala operatoria con una definizione e una sintassi uniformi e coerente.

Il glossario contiene chiaramente più tempi procedurali e indicatori rispetto a quelli registrati nella maggior parte

degli ospedali, a causa della necessità di poter rappresentare in modo preciso un gran numero di varianti procedurali diverse, procedure parziali e anche questioni scientifiche riguardanti la gestione della sala operatoria. Perciò si distingue all'interno dei punti temporali tra logistica del paziente (P), anestesia (A) ed operazione (O).

I punti temporali, i tempi procedurali e gli indicatori particolarmente rilevanti per la garanzia della qualità e la valutazione economica dei processi in sala operatoria per la Germania sono stati contrassegnati con il simbolo „►“, per l'Austria con il simbolo „†“, per la Svizzera „*“.

Nel calcolare i tempi d'occupazione del personale sulla base dei tempi e delle durate delle procedure menzionate in questo contesto, è necessario tenere presente che in questo glossario vengono elencate in linea di massima solo le procedure direttamente correlate al paziente. In più, esistono numerose altre attività e altri requisiti temporali direttamente correlati alla sala operatoria per i diversi gruppi di dipendenti, che non sono elencati in questa sede. Essi includono, ad esempio, il tempo necessario per la pianificazione chirurgica, il controllo di qualità, la documentazione, la supervisione, nonché per la formazione e l'aggiornamento o la logistica e i tempi di preparazione tra un intervento e l'altro, o per la modifica del luogo di intervento ecc. Anche, i costi per le misure di igiene prescritte, per le formazioni obbligatorie per la protezione dalle radiazioni e per la protezione antincendio, per la legge sui dispositivi medici, per l'ordinanza sulle sostanze pericolose come per la preparazione degli strumenti non sono direttamente imputabili a singoli interventi. Tali costi, se del caso, devono essere indicati separatamente sotto forma di spese generali per singola specialità.

Definizione dei termini procedura, operazione, seduta e caso

Nell'utilizzazione dei termini procedura, misura operativa, intervento, operazi-

one, seduta e caso sorgono regolarmente nel contesto perioperatorio difficoltà di demarcazione. Le seguenti definizioni consentono in maniera gerarchica un utilizzo coerente e completo dei termini che vengono usati nel glossario:

- **Procedura** (Sinonimo: **misura operativa, intervento**)
Una procedura è una misura medica, che di regola si rispecchia in un codice operativo.
- **Operazione** (Sinonimo: **intervento**)
Un'operazione è composta da una o più procedure, che sono caratterizzate dal medesimo tempo taglio-sutura. Nel caso di operazioni con supporto interdisciplinare, si tratta di interventi combinati.
- **Seduta**
Una seduta è composta da una o più operazioni, caratterizzata dal medesimo tempo di **occupazione degli spazi** (K17a), ma con più tempi taglio-sutura (K16). Se viene effettuata una sola operazione nel tempo di occupazione degli spazi, i termini operazione e seduta sono congruenti. In caso di più operazioni nell'ambito di una seduta, queste possono accadere simultaneamente o parallelamente. Si tratta di operazioni simultane, analogamente ad „Evidence Based Medicine EBM“, in caso che nella medesima seduta avvenga una seconda operazione che differisce nella diagnosi dalla prima operazione e nella via d'accesso chirurgica. In caso le operazioni simultane sono svolte da reparti di discipline differenti, allora si tratta di operazioni parallele.
- **Caso**
Un caso è composto da una o (in caso di due o procedure ripetute più volte) più sedute separate.

Appendice: punti temporali/indicatori

Conclusione

Con la presente versione 2020, c'è a disposizione un glossario di tempi procedurali perioperatori e di numeri indicatori

generato nel consenso dei rispettivi gremi in Germania, in Svizzera e in Austria e così, unitamente per tutto lo spazio germanofono, che certifica le definizioni dei punti temporali e degli indicatori perioperatori adattati alle attuali condizioni della gestione del blocco operatorio.

Il glossario contiene oltre ad una classificazione aggiornata dell'urgenza di operazioni anche una nuova classificazione dei tagli cesarei appena registrata ed elabora una fondamentale definizione dei termini procedura, operazione, seduta e caso.

Il suo scopo è di rappresentare delle istruzioni d'uso per gestori di blocco operatorio consigliate dalla „VOPM“ per le scelte, per l'ingaggio e per l'interpretazione di appropriati parametri di prestazione da una parte e, dall'altra di essere un fondamento per tutto il reporting ed il benchmarking dei processi perioperatori.

Questo ulteriore sviluppo permette così anche dei confronti di regolamenti di blocco operatori al di là delle frontiere dei differenti enti di sanità pubblica.

Bibliografia

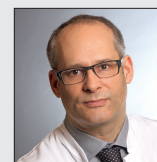
1. Bauer M, Diemer M, Ansorg J, Schleppe A, Bauer K, Bomplitz M et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. *Anästh Intensivmed* 2008;49:S93–S105
2. Bauer M, Waeschle RM, Rüggeberg J, Meyer HJ, Taube C, Diemer M et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. Eine gemeinsame Empfehlung von BDA/DGAI, BDC/DGCH und VOPM. Version 2016. *Anästh Intensivmed* 2016;57:669–683
3. Waeschle RM et al: Leistungsentwicklung eines universitären OP-Bereichs nach Implementierung eines zentralen OP-Managements – Eine 6 Jahres Bilanz. *Anaesthesist* 2016;65:615–628
4. Waeschle RM et al: Mythos OP-Minute – Leitfaden zur Kalkulation von DRG-Erlösen pro OP-Minute. *Anaesthesist* 2016;65:137–147
5. Institut_für_das_Entgeltsystem_im_Krankenhaus_GmbH_(InEK): Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0 v. 10. Oktober 2016. <https://www.g-drg.de/Kalkulation2/>
- DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/ Kalkulationshandbuch (Zugriffsdatum: 18.05.2020)
6. Messer C, Zander A, Arnolds IV, Nickel S, Schuster M: Wie viele Patientenschleusen braucht mein OP-Bereich? Einfluss der Zahl von OP-Schleusen auf Wartezeiten und Patientendurchsatz im OP – Analyse mithilfe einer Simulation. *Anaesthesist* 2015;64:958–967
7. Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: The influence of resident training on anaesthesia induction times. *British Journal of Anaesthesia* 2008;101:640–647
8. Schuster M, Bertheau S, Taube C, Bialas E, Bauer M: Überlappende Anästhesie-Einleitungen und perioperative Wechselzeiten. Eine Analyse von Häufigkeit und Zeitaufwand überlappender Wechsel in deutschen Krankenhäusern auf Basis von 54.750 Wechseln aus 43 OP Bereichen aus dem Benchmark-Programm von BDA/BDC und VOPM. *Anästh Intensivmed* 2014;55:654–661
9. Schuster M, Standl T, Reißmann H, Kuntz L, Schulte am Esch J: Reduction of Anesthesia Process Times after the Introduction of an Internal Transfer Pricing System for Anesthesia Services. *Anesth Analg* 2005;101:187–194
10. Dexter F, Coffin S, Tinker JH: Decreases in anesthesia-controlled time cannot permit one additional surgical operation to be reliably scheduled during the work-day. *Anesth Analg* 1995;81:1263–1268
11. Bauer M, Hanss R, Römer T, Rösler L, Linnemann K, Hedderich J et al: Intraoperative Prozesszeiten im prospektiven multizentrischen Vergleich. *Dtsch Arztebl* 2007;104:A3252–A3258
12. Bauer M, Hanss R, Römer T, Rösler L, Umnus A, Martin J et al: Apoptose im DRG-System: Weiterbildung und dezentrale Strukturen verhindern wettbewerbsfähige intraoperative Prozesszeiten. *Anästh Intensivmed* 2007;48:324–334
13. Karaca O, Bauer M, Taube C, Auhuber T, Schuster M: Korreliert die Leistungsmenge eines Krankenhauses mit der chirurgischen Prozesszeit? *Anaesthesist* 2019;68:218–227
14. Bach A, Bauer M, Geldner G et al: Erfassung der IST-Kosten der Anästhesieabteilungen in Deutschland. *Anästh Intensivmed* 2000;41:903–909
15. Raetzell M, Reißmann H, Schuster M, Scholz J, Bauer M: Implementierung einer ILV über Anästhesie Minuten. *Anaesthesist* 2004;53:1219–1230
16. Schleppers A, Bauer M, Berry M, Bender H-J, Geldner G, Martin J: Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen

Special Articles

Hospital Management & Health Economics

- Krankenhäusern. Bezugsjahr 2002. *Anästh Intensivmed* 2005;46:23–28
17. Berry M, Martin J, Geldner G, Iber T, Bauer M, Bender HJ et al: Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2005. *Anästh Intensivmed* 2007;48:140–146
 18. Bauer K, Martin J, Bauer M, Schleppers A, Schuster M, Spies C et al: Deckungsbeitragskalkulation mit dem DRG-Kalkulationstool zur Steuerung von Prozesszeiten im Funktionsbereich OP. *Anästh Intensivmed* 2007;48:551–556
 19. Martin J, Bauer M, Bauer K, Schleppers A: Kalkulation von DRG-Erlös, Ist-Kosten und Deckungsbeitrag anästhesiologischer Leistungen. *Anästh Intensivmed* 2008;49:223–232
 20. Reißmann H, Schleppers A, Schuster M, Schulte am Esch J: Abbildung der Anästhesie bei der Kalkulation von Fallkosten. *Anästh Intensivmed* 2004;45:448–451
 21. Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz. *Anaesthesist* 2007;56:1058–1066
 22. Schuster M, Wicha LL, Fiege M: Kennzahlen der OP-Effizienz. Mythos und Evidenz der Steuerungskennzahlen im OP Management. *Anaesthesist* 2007; 56:259–271
 23. Macario A, Dexter F, Traub RD: Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons. *Anesth Analg* 2001;93:669–675
 24. Strum DP, Vargas LG, May JH: Surgical subspecialty block utilization and capacity planning: a minimal cost analysis model. *Anesthesiology* 1999; 90:1176–1185
 25. Strum DP, Vargas LG, May JH, Bashein G: Surgical suite utilization and capacity planning: a minimal cost analysis model. *J Med Syst* 1997;21:309–322
 26. Abouleish AE, Hensley SL, Zornow MH, Prough DS: Inclusion of turnover time does not influence identification of surgical services that over- and underutilize allocated block time. *Anesth Analg* 2003;96:813–818
 27. Freytag S, Dexter F, Epstein RH, Kugler C, Schnettler R: Zuweisung und Planung von Operationsraumkapazitäten. *Chirurg* 2005;76:71–79
 28. Schuster M, Neumann C, Neumann K, Braun J, Geldner G, Martin J, et al: The Effect of Hospital Size and Surgical Service on Case Cancellation in Elective Surgery. Results from a prospective multicenter study. *Anesth Analg* 2011; 113:578–585
 29. Dexter F, Traub RD, Fleisher LA, Rock P: What sample sizes are required for pooling surgical case durations among facilities to decrease the incidence of procedures with little historical data? *Anesthesiology* 2002;96:1230–1236
 30. Dexter F, Ledolter J: Bayesian prediction bounds and comparisons of operating room times even for procedures with few or no historic data. *Anesthesiology* 2005;103:1259–1267
 31. Truong A, Tessler M, Kleimann S, Bensimon M: Late operating room starts: experience with an education trial. *Can J Anaesth* 1996;43:1233–1236
 32. Overdyk FJ, Harvey SC, Fishman RL, Shippey F: Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. *Anesth Analg* 1998;86:896–906
 33. Schuster M, Pezzella M, Taube C, Bialas E, Diemer M, Bauer M: Delays in Starting Morning Operating Lists. An Analysis of More Than 20 000 Cases in 22 German Hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110:237–243
 34. Unger J, Schuster M, Bauer K, Krieg H, Müller R, Spies C: Zeitverzögerungen beim morgendlichen OP-Beginn. *Anaesthesist* 2009;58:293–300
 35. Joos C, Bertheau S, Hauptvogel T, Auhuber T, Taube C, Bauer M, et al: Case Delay in the OR morning start in hospitals of different size and academic status– results from a german multicentric study to identify incidence and causes of delayed anesthesia ready. *Anaesthesist* 2020 (published online 22.09.2020). DOI: 10.1007/s00101-020-00842-2
 36. Joos C, Bertheau S, Hauptvogel T, Auhuber T, Diemer M, Bauer M et al: Verzögerungen der Schnittzeit des ersten Falles. Analyse von Inzidenz Ursachen bei Verzögerungen des morgendlichen OP-Beginn in unterschiedlichen chirurgischen Disziplinen und der Effekt von Planinstabilität auf Verzögerungen. *Chirurg* 2020 (published online 22.06.2020). DOI: 10.1007/s00104-020-01207-6
 37. Koenig T, Neumann C, Ocker T, Kramer S, Spies C, Schuster M: Estimating the time needed for induction of anaesthesia and its importance in balancing anaesthetists and surgeons waiting times. *Anaesthesia* 2011;66:556–562
 38. Marcon E, Kharraja S, Smolski N, et al: Determining the number of beds in the postanesthesia care unit: a computer simulation flow approach. *Anesth Analg* 2003;96:1415–1423
 39. AWMF-Leitlinie Sectio Ceasarea der DGGG, ÖGGG und SGGG. AWMF-Registernummer 015-084, Juni 2020. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-084.html

Indirizzo per la corrispondenza



**Prof. Dr. Dr.
Martin Bauer, MPH**

Dipartimento di Anestesiologia Responsabile della Gestione del Blocco Operatorio
Clinica Universitaria di Gottinga
Robert-Koch-Strasse 40
37075 Gottinga, Germania
Tel.: 0551 3966051-50
E-Mail:
martin.bauer@med.uni-goettingen.de

Appendice – Punti temporali *

Punti temporali Logistica del paziente

- P1** ▶ **Chiamata del paziente**
 Def.: Momento della chiamata del paziente.
 Oss.: È necessario documentare il tipo di unità di provenienza del paziente (reparto, area di attesa preoperatoria, sala di attesa ambulatoriale).
- P2** ▶ **‡ Arrivo del paziente nel blocco operatorio**
 Def.: Il paziente giunge all'ingresso dell'unità chirurgica, ad es. del blocco operatorio.
 Oss.: P1 e P2 possono essere identici, ad es. se il paziente arriva in sala operatoria autonomamente, oppure si trova nella sala d'attesa chirurgica.
- P3** ▶ **Inizio accoglienza**
 Def.: Il paziente viene trasferito dal letto di degenza/dalla barella sul tavolo operatorio.
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per il tempo anestesilogico (K14).
- P4** **Fine della procedura di accoglienza**
 Def.: Il paziente si trova sul tavolo operatorio dopo il trasferimento.
 Oss.: In questo momento è necessario effettuare la verifica dell'identità del paziente e della documentazione richiesta.
- P4a** ▶ **Arrivo presso il punto dell'induzione anestesilogica**
 Def.: Il paziente giunge presso il punto di induzione dell'anestesia.
 Oss.: Il punto d'induzione anestesilogica può variare da un ospedale all'altro e da una sala chirurgica all'altra (induzione centralizzata, sala d'induzione dell'anestesia, sala operatoria).
- P5** ▶ **‡ * Paziente in sala operatoria**
 Def.: Il paziente si trova sul tavolo operatorio in sala operatoria.
 Oss.: Questo punto temporale fa parte del Tempo in sala operatoria (K17) o del tempo di occupazione della sala (K17a), che dovrebbe essere documentato in termini di occupazione fisica della sala operatoria, in particolare perché ci sono rilevanti differenze negli ospedali rispetto alla posizione dell'induzione dell'anestesia.
- P6** **Annuncio presso l'unità di cura seguente**
 Def.: Valutazione delle possibilità di presa a carico postoperatoria del paziente.
- P7** ▶ **‡ * Uscita sala operatoria**
 Def.: Il paziente viene trasferito fuori dalla sala operatoria
 Oss.: Questo punto temporale fa parte del Tempo in sala operatoria (K17), che dovrebbe essere documentato in termini di occupazione fisica della sala operatoria.
- P8** **Trasferimento sul letto**
 Def.: Il paziente viene trasferito dal tavolo operatorio al letto di degenza/alla barella (si applica solo alle sale operatorie in cui l'unità di cura postoperatoria è all'interno del blocco operatorio).
- P8b** **‡ Fine della procedura di dimissione**
 Def.: Il paziente lascia il blocco operatorio.
 Oss.: Si applica solo alle sale operatorie in cui la sala di risveglio è all'esterno della sala operatoria.
- P8c** ▶ **Inizio della degenza presso l'unità di follow-up**
 Def.: Arrivo del paziente presso l'unità cura seguente.
 Oss.: Se il monitoraggio postoperatorio viene eseguito nella sala di risveglio, questo punto temporale è rilevante per gli indicatori del Tempo anestesilogico (K14) e del Tempo di permanenza in sala risveglio (K33). È obbligatoria una documentazione di routine. Il punto temporale dovrebbe normalmente essere precedente o contemporaneo alla Fine presa a carico anestesilogica (A12), poiché, in linea di principio, è necessario un tempo dedicato alla trasmissione da parte del medico per ragioni di sicurezza del paziente.

* La precedente designazione di punti temporali e indicatori è stata mantenuta per ragioni sistematiche. L'inserimento di nuovi punti temporali e indicatori è caratterizzato da una lettera successiva (ad esempio, P4a), le cancellazioni comportano valori mancanti.

P8d Autorizzazione della dimissione dall'unità di follow-up

Def.: Non è più necessario un ulteriore monitoraggio del paziente nell'unità di follow-up. Il medico responsabile ha concesso l'autorizzazione per la consegna o la dimissione del paziente.

P8e ► ‡ Fine della degenza presso l'unità di followup

Def.: Prelievo del paziente dall'unità di follow-up da parte del personale addetto al trasporto.

Oss.: Se il monitoraggio postoperatorio viene eseguito nella sala di risveglio, questo punto temporale è rilevante per l'indicatore del Tempo anestesilogico (K14) tenendo conto del tempo di preparazione e del Tempo di permanenza in sala risveglio (K33).

P9 Inizio della pulizia della sala

Def.: Inizio degli interventi di pulizia e disinfezione secondo le prescrizioni d'igiene.

P10 ► Fine della pulizia della sala

Def.: Fine degli interventi di pulizia e disinfezione secondo le prescrizioni d'igiene. A questo punto la sala deve essere liberata per essere utilizzata per l'intervento successivo (ad es., alla fine dell'asciugatura).

Oss.: Con flussi di lavoro paralleli questo punto temporale segna la fine del periodo minimo di occupazione della sala correlato al paziente.

Punti temporali della logistica di sala**S1 ► ‡ Inizio periodo di attività della sala (sin.: inizio orario di apertura della sala)**

Def.: 15 minuti prima del primo taglio programmato (O8) secondo linee guida individuali dell'ospedale.

Oss.: Si tratta di una definizione pragmatica per il rilevamento uniforme delle capacità della sala. Il periodo di attività della sala si basa quindi sul processo, non sulla dotazione di personale.

S2 ► ‡ Fine periodo di attività della sala (sin.: fine orario di apertura della sala)

Def.: 20 minuti dopo la conclusione dell'ultima sutura programmata sul paziente secondo linee guida individuali dell'ospedale.

Oss.: All'interno di questo periodo avviene la conclusione di tutte le procedure chirurgiche sul paziente (fasciatura, gesso; O11) inclusivamente i procedimenti di smobilitazione della sala operatoria.

A differenza della versione precedente, nell'attuale la fine del periodo di attività della sala viene definita con l'ultima sutura programmata (O10) e non più con la fine delle procedure operatorie (O11).

Ciò è dovuto al fatto che spesso sono documentate sufficientemente il taglio e la sutura e che una differenza tra lo standard e l'effettivo pare importante.

Si tratta di una definizione pragmatica sul rilevamento unitario della capacità di sala operatoria (K18). La capacità di sala operatoria si orienta così secondo il processo e non secondo la messa a disposizione dal personale.

Punti temporali Anestesia**A1 Inizio preparazione servizio funzionale anestesilogico**

Def.: Inizio di tutti i lavori necessari per la preparazione dell'anestesia da parte del servizio funzionale anestesilogico.

Oss.: Nel caso della prima anestesia della giornata in un'unità chirurgica, è necessario garantire un tempo sufficiente per le preparazioni tecniche, come le prove degli apparecchi di anestesia.

A2 Fine preparazione servizio funzionale anestesilogico

Def.: Fine di tutti i preparativi necessari per l'anestesia.

Oss.: Questo punto temporale dovrebbe essere raggiunto prima che il paziente arrivi nel luogo di induzione dell'anestesia.

Poiché la preparazione di una postazione di anestesia generalmente non si effettua come procedura continua, bensì in più fasi (tra le quali si possono verificare lunghe pause), non è possibile trarre conclusioni circa la permanenza effettiva del personale addetto al servizio funzionale anestesilogico tramite i punti temporali A1 e A2.

- A4** *** Inizio presa a carico anestesiológica**
 Def.: Inizio del legame con il paziente del servizio funzionale anestesiológico.
 Oss.: Per motivi medicolegali, il punto temporale a partire dal quale il paziente è sotto costante monitoraggio del servizio funzionale anestesiológico deve essere documentato
- A5** **Inizio della presenza del medico anestesista**
 Def.: Inizio del rapporto con il paziente del medico anestesista.
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore della durata della presenza del medico anestesista (K12). Per motivi medicolegali e per il calcolo del fattore di coincidenza secondo la sistematica del manuale calcolo InEK, in caso di doppia presenza presso il paziente, può essere utile consentire anche la documentazione dei tempi di presenza di altri medici anestesisti, che vanno oltre una funzione di supervisione. Riferimento: [5]
- A6** **► ‡ * Inizio induzione anestesia**
 Def.: Punto temporale dell'iniezione del primo farmaco anestetico o, in caso di anestesia regionale, del momento della puntura cutanea.
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore Durata netta dell'anestesia (RAnZ, K13). Inizio induzione anestesia (A6) deve essere dopo **arrivo del paziente nel blocco operatorio** (P2). Procedure precedenti (rianimazione, shock room, cure intense, ecc.) devono essere documentate a parte.
 E' comunemente accettato che, oltre alla definizione sopra indicata, le misure anestesiológicas invasive sul paziente sveglio (ad esempio, misurazione invasiva della pressione arteriosa) possano essere considerate come inizio dell'anestesia (A6).
- A7** **► ‡ * Fine induzione, liberazione paziente**
 Def.: L'anestesista permette le prime misure operatorie sul paziente. Queste misure operatorie (ad esempio, posizionamento degli arti, tricotomia preoperatoria, rimozione del gesso, pulizia preliminare di ferite contaminate prima di entrare nella sala, ecc.) possono essere eseguite in parallelo alle prestazioni anestesiológicas finali (posizionamento di ulteriori cateteri endovenosi, sonda gastrica, ancoraggio, sutura del catetere venoso centrale).
 La liberazione paziente può avvenire solamente se il paziente si trova in un settore nel quale possono avvenire misure di preparazione operatoria (es. Sala di induzione anestetica).
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore Durata perioperatoria (K10). È necessaria una documentazione di routine.
- A8** **Fine induzione anestetica**
 Def.: Fine di tutte le misure di induzione anestesiológicas.
 Oss.: Un principio di equiparazione fra il punto temporale di **Fine induzione dell'anestesia** e quello d'Inizio posizionamento non ha senso, poiché in tal caso i ritardi tra **Fine induzione e Inizio preparazione intervento** (O3) non possono più essere rilevati. Entrambi i punti temporali possono però essere identici nel singolo caso.
- A9** **► ‡ * Fine della fase di risveglio**
 Def.: Fine del monitoraggio del paziente in sala operatoria o nella sala di risveglio. Nei pazienti sottoposti ad anestesia locoregionale pura, questo punto temporale è identico a O11, **Fine procedure operatorie**. Nei pazienti ventilati al termine di un intervento chirurgico, questo punto temporale è il momento del trasferimento del paziente intubato all'unità di follow-up.
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore Durata netta dell'anestesia (RAnZ, K13).
- A10** **Fine della presenza del servizio funzionale anestesiológico**
 Def.: Fine del legame con il paziente del servizio funzionale anestesiológico.
- A12** **► * Fine presa a carico anestesiológica**
 Def.: Fine del trasferimento del paziente al personale medico o infermieristico nell'unità di follow-up (PACU, IMC, ICU).
 Oss.: In caso di trasferimento di un paziente ventilato questo punto temporale può essere lo stesso di **Fine della fase di risveglio** (A9).
 Questo punto temporale è rilevante per gli indicatori **Durata della presenza del medico anestesista** (K12) e **Tempo anestesiológico** (K14) e deve essere adeguatamente documentato.

A13**Disponibilità del medico anestesista**

Def.: Al termine del legame con il paziente, o dopo il rientro in sala operatoria, il medico anestesista è di nuovo pronto per un nuovo legame con il paziente.

Oss.: L'equiparazione di questo punto temporale con la fine della presenza del medico anestesista (A12) non ha senso per le strutture decentralizzate.

A14**Fine del ristabilimento del servizio funzionale anestesilogico**

Def.: Fine di tutto il lavoro necessario per il ristabilimento del materiale anestesilogico.

Punti temporali Intervento chirurgico

O1**Inizio preparazione del personale di sala operatoria**

Def.: Inizio della preparazione della sala operatoria da parte del personale di sala operatoria.

Oss.: Nel caso del primo intervento della giornata in un'unità chirurgica, è necessario garantire un tempo sufficiente per l'allestimento della sala.

O2**► Fine preparazione del personale di sala operatoria**

Def.: Fine della preparazione da parte del personale di sala operatoria nella sala operatoria in questione.

O3a**► * Inizio preparazione intervento (Posizionamento)**

Def.: Inizio delle misure preparatorie del personale di sala operatoria sul paziente (ad es. interventi di posizionamento, lavaggio, copertura, ecc.).

O3b**► Fine delle misure preparatorie del personale di sala operatoria sul paziente**

Def.: Fine delle misure preparatorie operatorie, che sono effettuate esclusivamente dal personale di sala operatoria sul paziente.

O4a**► * Inizio preparazione intervento (Disinfezione)**

Def.: Inizio degli interventi di un medico del reparto chirurgico (ad es., posizionamento medico, lavaggio da parte del chirurgo, bloccaggio della morsa Mayfield, introduzione di sonde di navigazione, esame radiologico preliminare, esame anestetico manuale prima dell'intervento chirurgico, broncoscopia rigida prima di interventi toracoscopici polmonari, riduzione chiusa di una frattura/lussazione). Sinonimo: Inizio procedure chirurgiche, inizio intervento chirurgico.

O7a**Team Time Out preoperatorio**

Def.: Il Team operativo effettua prima del taglio un questionario interdisciplinare ed interprofessionale con l'ausilio di una **Checklist** come intervento per assicurarsi della qualità relativa all'operazione. („Sign in“)

Oss.: Il punto temporale del questionario preoperatorio può essere determinato internamente, deve però avvenire prima del **taglio** (O8).

Altre o ripetute domande di Team-Time-Out („Sign out“) non sono da ciò toccate.

O8**► ‡ * Taglio**

Def.: Applicazione dell'incisione cutanea dopo l'ingresso del chirurgo nel campo operatorio.

Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore **Intervallo taglio-sutura** (K8) ed è quindi essenziale per la documentazione di routine.

Per le procedure senza incisione cutanea (ad es., riduzione chiusa isolata), l'**inizio della manipolazione operatoria** (O4a) è considerato quale taglio.

Durante le procedure interventistiche (ad esempio, diagnosi cardiovascolare, coiling neuroradiologico), l'applicazione dell'accesso vascolare percutaneo è considerata come taglio.

Durante i soli servizi di trasporto (ad esempio, il trasporto TAC di un paziente in terapia intensiva) o in altri interventi senza taglio (cure di pronto soccorso), la documentazione dei tempi di taglio andrebbe evitata. In questi casi, **Inizio induzione** (A6) e **Fine della fase di risveglio** (A9) devono essere documentati obbligatoriamente e rispettivamente con **Inizio presenza medico anestesista** (A5) e **Fine presa a carico anestesilogica** (A12).

In caso di interventi simultanei o paralleli, è necessario presentare una documentazione multipla del punto temporale taglio.

- O9a** **Inizio tempo di console**
 Def.: L'operatore inizia in caso di interventi con il supporto robotico l'attività di legame al paziente alla console del computer.
 Oss.: Questo punto temporale forma con il punto temporale O9b il **tempo di console** (K8a) ed è rilevante per quantificare la durata operatoria con il support robotico.
- O9b** **Fine tempo di console**
 Def.: L'operatore termina in caso di interventi con il supporto robotico l'attività di legame al paziente alla console del computer.
 Oss.: Questo punto temporale forma con il punto temporale O9a il **tempo di console** (K8a) ed è rilevante per quantificare la durata operatoria con il support robotico.
- O10** **► ‡ * Fine sutura**
 Def.: Fine dell'ultima sutura cutanea.
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore **Intervallo sutura-taglio** (K8) ed è quindi essenziale per la documentazione di routine.
 Durante gli interventi senza incisione e per le procedure interventistiche (ad esempio, diagnosi cardiovascolare, coiling neuroradiologico), la fine della manipolazione operatoria è considerata sutura.
 In caso di interventi simultanei o paralleli, è necessario presentare la documentazione multipla del punto temporale **Sutura**.
- O11** **► ‡ * Fine delle procedure operatorie**
 Def.: Completamento di tutte le misure operatorie associate all'intervento chirurgico sul paziente (fasciatura, gesso).
 Oss.: Questo punto temporale è rilevante per l'indicatore **Durata perioperatoria** (K10).
 Sinonimo: Fine delle procedure chirurgiche, fine intervento chirurgico.
- O12** **Fine del ristabilimento del personale di sala operatori**
 Def.: Fine di tutto il lavoro necessario al ristabilimento della sala operatoria, comprese la logistica specifica e la documentazione direttamente inerente il caso.

Indicatori

- K1** **Tempo di trasferimento**
 Def.: **Chiamata del paziente** (P1) fino **all'arrivo del paziente nel blocco operatorio** (P2).
 Oss.: Indicatore adatto per valutare la disponibilità del paziente nell'ambito delle analisi del processo.
- K1a** **Tempo di permanenza nella zona filtro**
 Def.: **Arrivo del paziente nel blocco operatorio** (P2) (in caso di zona di attesa (Holding-Area) antistante: P1) fino **all'arrivo presso il punto dell'induzione anestesiológica** (P4a). Riferimenti: [6].
- K2** **► ‡ * Durata dell'induzione anestesiológica**
 Def.: **Inizio induzione** (A6) fino alla **liberazione paziente** (A7).
 Oss.: Questo indicatore è una componente dell'indicatore **Durata della preparazione anestesiológica** (K4).
 Per interpretare la durata della procedura e a scopo di controllo di qualità in anestesiológica, è necessario documentare con precisione le tecniche anestesiológicas eseguite. Riferimenti: [9]
 Se le diverse tecniche (Procedura anestesiológica, Vie aeree, Monitoraggio esteso) vengono rappresentate in diversi settori o come combinazione di tecniche diverse, spesso utilizzate in combinazione, dipende non da ultimo dal sistema operativo della sala operatoria (OP-Information System OIS) disponibile. Una differenziazione delle tecniche anestesiológicas regionali appare ragionevole. Dal momento che attualmente si eseguono in misura considerevole induzioni sovrapposte e in questo contesto il flusso procedurale dell'induzione dell'anestesia può essere discontinuo (ad esempio, posa di catetere epidurale anticipata e solo successivamente induzione dell'anestesia), in questi casi l'uso di K2 esclusivamente per l'ultima fase della procedura di induzione dell'anestesia non riflette correttamente la durata effettiva necessaria per l'induzione dell'anestesia. Una sintesi dei processi parziali in caso di induzione discontinua di anestesia mediante una indicazione multipla di K2 sarebbe utile in questo contesto, ma tecnicamente impossibile con gli OIS disponibili. Riferimenti: [10,11]

- K3 ▶ ‡ * Durata d'eliminazione dell'anestesia**
 Def.: **Fine delle procedure operatorie** (O11) sino a **Fine della fase di risveglio** (A9).
 Oss.: Questo intervallo di tempo è anche una componente dell'indicatore Durata di **finalizzazione anestesilogica** (K5). Se A9 precede O11, dal punto di vista procedurale è necessario documentare il valore 0 per K3, poiché tempi negativi cambierebbero la determinazione del valore medio, senza risparmio di tempo effettivo con questi valori negativi associati.
- K4 * Durata della preparazione anestesilogica**
 Def.: **Inizio della presenza del medico anestesista** (A5) fino a **liberazione paziente** (A7).
 Oss.: Questo indicatore è anche una componente dell'indicatore Durata controllata **dall'anestesia** (K6).
- K5 * Durata di finalizzazione anestesilogica**
 Def.: **Fine delle procedure operatorie** (O11) sino a **Fine presa a carico anestesilogica** (A12).
 Oss.: Questo indicatore è anche una componente dell'indicatore **Durata controllata dall'anestesia** (K6).
- K6 Durata controllata dall'anestesia**
 Def.: **Durata della preparazione anestesilogica** (K4) + **Durata di finalizzazione anestesilogica** (K5).
 Oss.: Questo indicatore è influenzato da anestesia e infrastruttura, ma svincolato da tempi procedurali a livello operatorio. Riferimenti: [9–12]
- K7 ▶ ‡ * K7 Preparazione operatoria**
 Def.: **Fine induzione, liberazione paziente** (A7) fino a **Taglio** (O8). Se il **paziente è in sala** (P5) dopo A7, allora è da utilizzare entrata in sala operatoria (P5) fino a Taglio (O8).
 Oss.: Questo indicatore è anche una componente dell'indicatore Durata perioperatoria (K10). Questo indicatore può essere suddiviso per fini di analisi procedurale in **K7a** e **K7b** (vedi sotto)
- K7a Preparazione operatoria del personale di sala operatoria**
 Def.: **Fine induzione, liberazione paziente** (A7) sino a **Fine delle misure preparatorie del personale di sala operatoria sul paziente** (O3b). Durante procedure senza anestesia: **Entrata in sala operatoria** (P5) sino a **Fine delle misure preparatorie del personale di sala operatoria sul paziente** (O3b).
- K7b ▶ Preparazione operatoria dell'operatore prima del taglio**
 Def.: **Fine delle misure preparatorie del personale di sala operatoria sul paziente** (O3b) fino a **Taglio** (O8).
- K8 ▶ ‡ * Tempo tagliosutura**
 Def.: **Taglio** (O8) fino a **Fine sutura** (O10).
 Oss.: È necessaria una documentazione di routine, tra cui il codice operatorio principale. Questo indicatore è anche una componente dell'indicatore **Durata perioperatoria** (K10). In caso di procedure chirurgiche in ambito di un intervento può essere utile la documentazione di diversi tempi operatori. Riferimenti: [13]
- K8a Tempo di console**
 Def.: **Inizio tempo di console** (O9a) fino a **Fine tempo di console** (O9b).
 Oss.: Questo indicatore è rilevante per quantificare la durata operatoria con il support robotico.
- K9 ▶ ‡ * Durata di finalizzazione operatoria**
 Def.: Da **Fine sutura** (O10) sino a **Fine delle procedure operatorie** (O11).
 Oss.: Questo indicatore è anche una componente dell'indicatore **Durata perioperatoria** (K10).
- K10 ▶ ‡ * Durata perioperatoria**
 Def.: **Fine induzione, liberazione paziente** (A7) sino a **Fine delle procedure operatorie** (O11). Negli interventi senza anestesia: **Entrata in sala operatoria** (P5) sino a **Fine delle procedure operatorie** (O11).
 Oss.: Questo indicatore dipende dalla procedura anestetica e dalla disponibilità di risorse umane e infrastrutturali (processi di sovrapposizione, Induzione centrale ecc.). Per il calcolo corretto di K10 in caso di induzione sovrapposta, A7 non deve venire prima di P10. Riferimenti: [9,11,12]
- K11 Durata della presenza del servizio funzionale anestesilogico**
 Def.: **Inizio presa a carico anestesilogica** (A4) sino a **Fine della presenza del servizio funzionale anestesilogico** (A10).

- K12** **Durata della presenza del medico anestesista**
Def.: **Inizio della presenza del medico anestesista** (A5) sino a **Fine presa a carico anestesiológica** (A12).
- K13** ▶ **‡ Durata netta dell'anestesia (RAnZ)**
Def.: **Inizio induzione** (A6) sino a **Fine della fase di risveglio** (A9).
Oss.: Questo indicatore può essere utilizzato per la ripartizione interna delle prestazioni tramite i minuti dell'anestesia. Riferimenti: [14–19].
- K14** ▶ **Tempo anestesiológico**
Def.: Fine della procedura di accoglienza (P3) sino a Fine presa a carico anestesiológica (A12) + tempi di allestimento.
Oss.: Questo indicatore rappresenta secondo il manuale di calcolazione InEK il riferimento determinante per la distribuzione dei costi in anestesia.
*il tempo di allestimento per la preparazione preliminare e successiva dell'anestesia secondo il manuale di calcolazione InEK comprende le seguenti attività personali vincolanti il personale:
 - Informazione e premedicazione da parte dell'anestesista
 - Cambio indumenti, disinfezione delle mani
 - Assistenza postoperatoria del paziente nella sala di risveglio
 - Visita anestesiológica postoperatoria da parte dell'anestesista
 - Documentazione
Nella pratica, l'indicazione del tempo procedurale di anestesia, che non è un indicatore incontestato dal punto di vista processuale, da parte degli organismi di calcolo, si effettua principalmente attraverso la definizione di uno standard interno per i tempi di allestimento, dato che questi tempi di utilizzo del personale spesso non sono disponibili in forma elettronica. Riferimenti: [15,20]
- K14b** * **Tempo di cura anestesiológica**
Def.: **Inizio presa a carico anestesiológica** (A4) sino a **Fine della presenza del servizio funzionale anestesiológico** (A10) o **Fine presa a carico anestesiológica** (A12)
Oss.: Il tempo di cura anestesiológica equivale alla prestazione di anestesia secondo REKOLE® di HPlus e forma la base per fatturazioni anestesiológicas interne ed esterne in Svizzera.
- K15a** ▶ **Tempo di cambio del personale di sala operatoria**
Def.: **Fine delle procedure operatorie** (O11) del paziente precedente sino a **Fine delle misure preparatorie del personale di sala operatoria sul paziente** (O2) dell'intervento successivo.
Oss.: Pausa chirurgica
Per le analisi di processo si possono considerare solo i cambi di casi consecutivi (senza pausa programmata o non programmata alla fine dell'intervento precedente e/o all'inizio dell'intervento successivo).
- K15b** ▶ **‡ * Tempo di cambio anestesia**
Def.: **Fine delle procedure operatorie** (O11) del paziente precedente sino a **Fine induzione, liberazione paziente** (A7) per l'intervento del paziente successivo.
Oss.: Sinonimo: tempo di cambio perioperatorio.
Questo indicatore è influenzato da anestesiológica ed infrastruttura, ma svincolato da tempi procedurali a livello operatorio di personale di sala operatoria e/o medici e quindi un'utile aggiunta a **K15b** o **K16**. Per le analisi di processo si possono considerare solo i cambi di interventi consecutivi (senza pausa programmata o non programmata alla fine dell'intervento precedente e/o all'inizio di quello successivo).
Se A7 precede O11, dal punto di vista procedurale si deve documentare il valore 0 per K15, poiché tempi negativi cambierebbero la determinazione del valore medio, senza risparmio di tempo effettivo con questi valori negativi associati.
Questo indicatore non consente di trarre conclusioni su tempi di attesa evitabili. Riferimenti: [8,21,22]
- K16** ▶ **‡ * Tempo suturataggio**
Def.: **Fine sutura** (O10) della seduta precedente sino a **Taglio** (O8) della seduta successiva.
Oss.: Questo indicatore è influenzato da chirurgo, anestesiológica, personale di sala operatoria, logistica del paziente, logistica del materiale, logistica di pulizia, logistica di sala, infrastruttura e quindi descrive l'insieme delle procedure di cambio. Questo indicatore non consente di trarre conclusioni su tempi di attesa evitabili. Riferimenti: [8,11,12,21].

K17 ‡ * Tempo in sala operatoria

Def.: **Entrata in sala operatoria** (P5) sino ad **Uscita sala operatoria** (P7).

Oss.: Questo indicatore descrive l'occupazione fisica della sala operatoria.

K17a ► Tempo di occupazione degli spazi

Def.: **Entrata in sala operatoria** (P5) sino a **Fine della pulizia della sala** (P10).

Oss.: Questo indicatore descrive il blocco minimo relativo al paziente, in procedure operative parallele della sala operatoria. Si consiglia, almeno in ambito di gestione del blocco nel tempo operativo principale, una documentazione di routine.

K18 ► ‡ Capacità della sala operatoria (sinonimo: tempo di blocco)

Def.: Capacità della sala operatoria = S2–S1.

Oss.: Si descrive la durata del tempo operativo previsto di una sala operatoria in minuti all'interno del tempo operativo principale. Come tempo operativo della sala si applica il periodo di 15 minuti dal primo Inizio di attività della sala fino a 20 minuti dopo la fine del periodo di attività della sala secondo i dati strutturali. La definizione della capacità della sala operatoria viene quindi scissa dalle ore lavorative concrete dei gruppi professionali coinvolti e si riferisce al massimo uso possibile della sala operatoria nel tempo operativo principale. Gli intervalli di 15 minuti prima del primo taglio chirurgico programmato, rispettivamente, dopo la fine prevista dell'ultima sutura chirurgica, sono stati introdotti pragmaticamente per definire il tempo di preparazione minimo del paziente del primo e del periodo di monitoraggio dell'ultimo caso nell'ambito della capacità operativa.

K 18a ► ‡ Tempo operativo principale

Def.: Il tempo operativo principale descrive l'intervallo tra il primo **Tempo di inizio di attività di sala** (S1) e l'ultima **Fine di attività di sala** (S2) di un reparto specialistico definito.

Oss.: Il Tempo operativo principale per un determinato reparto raggruppa il periodo temporale, nel quale la capacità di sala operatoria (K 18) può effettivamente essere svolta

K20 Occupazione sala operatoria tempo tagliosutura (%)

Def.: Tempo taglio-sutura nell'ambito della capacità operativa (K8 in K18, cumulato secondo il settore di intervento e il periodo di osservazione)/capacità della sala operatoria (K18, cumulato secondo il settore di intervento e il periodo di osservazione).

Oss.: Questo indicatore deve essere valutato in base al tipo di specialità chirurgica e alla durata media degli interventi chirurgici.

Questo indicatore non rappresenta alcuna prova di redditività del tempo di utilizzo della sala operatoria. Riferimenti: [21–23]

K21 Sottoutilizzazione (%)

Def.: S2 – (O10+20 minuti) ultima operazione (cumulato secondo il settore di intervento e il periodo di osservazione)/**capacità della sala operatoria** (K18, cumulato secondo il settore di intervento e il periodo di osservazione).

Oss.: Sinonimo: Underutilization.

Questo indicatore mostra la capacità operativa inutilizzata della sala operatoria alla fine del programma chirurgico ed è essenziale per l'identificazione di ulteriori capacità di utilizzo della sala operatoria.

Questo indicatore fornisce informazioni sulla durata utilizzabile di tempo perioperatorio con la pianificazione ottimale e il decorso ottimale almeno in teoria. In caso di chiusura anticipata e successiva riapertura della sala, questo indicatore può dimostrarsi erroneamente basso. Riferimenti: [24,25]

K22 Sovrautilizzo (%)

Def.: **Tempo taglio-sutura** (K8) al di fuori della **capacità della sala operatoria** (K18) cumulato secondo il settore di intervento ed il periodo di osservazione.

Oss.: Sinonimo: Overutilization.

Questo indicatore rappresenta la misura in cui viene superata la capacità della sala operatoria. Si considerano solo i tempi Taglio-Sutura sostenuti al di fuori del normale orario di lavoro, verificatisi in sedute di casi elettivi iniziati con Taglio all'interno del normale orario di lavoro.

Per ovvie ragioni, questo indicatore dipende molto dal tipo e dalla durata dell'intervento, rispettivamente dalla disciplina e dalla durata della capacità operativa per sala chirurgica. Riferimenti: [24,25]

- K23 Efficienza della sala operatoria**
 Def.: $K21 + x * K22$.
 Oss.: Sinonimo: OR Efficiency
 In ambito statunitense, è un indicatore utilizzato frequentemente, allo scopo di evitare sovraccarichi e reclutare le capacità operative sottoutilizzate attraverso processi di pianificazione ottimizzati. Per questo indicatore vengono combinati sotto e sovra-utilizzo, per cui viene utilizzato un fattore x da definire, che descrive la relazione tra sotto e sovraccarico (nella letteratura americana normalmente il fattore x è valutato a 1,75, in quanto si assumono conseguenze negative per la soddisfazione del personale in caso di sovraccarico). Riferimenti: [24–27]
- K24 ▶ ‡ Carico di attività in urgenza**
 Def.: Percentuale di urgenze per livello di urgenza come „numero di urgenze per livello di urgenza sul numero totale di sedute“ così come „somma dei minuti operativi per le urgenze per livello di urgenza sui minuti totali di tutte le sedute“.
- K25 ▶ Percentuale di interventi annullati**
 Def.: Percentuale di interventi annullati in relazione al numero totale di tutte le sedute elettive.
 Percentuale di sedute che erano sul piano della sala operatoria il giorno precedente al momento della chiusura del programma operatorio e che non sono stati svolti il giorno successivo.
 Una documentazione della causa dell'annullamento degli interventi appare ragionevole. Riferimenti: [28]
- K26 Integrazione dell'attività in urgenza**
 Def.: Percentuale di urgenze per grado di urgenza svolte nell'orario di apertura programmato della sala, in base al numero di tutte le sedute elettive programmate
- K27 Precisione della pianificazione tempo tagliosutura**
 Def.: $\text{Tempo taglio-sutura}_{\text{EFFETTIVO}} / \text{Tempo taglio-sutura}_{\text{PIANIFICATO}}$.
 Oss.: Sottostima e sovrastima devono essere valutati entrambi come negativi, occorre quindi considerare la media dei valori assoluti di deviazione.
 Una migliore pianificazione può essere raggiunta tenendo conto dei dati storici.
 Una rappresentazione tramite un grafico xy può contribuire a rilevare errori sistematici di pianificazione. Questo indicatore può essere definito anche per altri parametri procedurali, quali K10: Durata **perioperatoria**, K12: **Durata della presenza del medico anestesista**, K13: **Durata netta dell'anestesia**, ecc. Riferimenti: [21,29,30]
- K28a ‡ Deviazione arrivo del paziente in zona d'accoglienza**
 Def.: Deviazione del momento di **arrivo del paziente nel blocco operatorio** (P2) del primo intervento pianificato in una sala operatoria dal valore target in minuti.
 Oss.: Una rappresentazione in curve di distribuzione sembra utile.
 La formazione rispetto alla disciplina temporale e l'adeguamento delle procedure possono portare a una riduzione dei ritardi mattutini. Riferimenti: [31–34]
- K28b ▶ ‡ Deviazione fine induzione, liberazione paziente**
 Def.: Deviazione del momento del **rilascio dell'anestesia** (A7) della prima operazione pianificata in una sala operatoria dal valore target in minuti.
 Oss.: Una rappresentazione in curve di distribuzione sembra utile.
 La formazione rispetto alla disciplina temporale e l'adeguamento delle procedure possono portare a una riduzione dei ritardi mattutini. Riferimenti: [31–33,35]
- K28c ▶ ‡ Deviazione taglio**
 Def.: Deviazione del momento del **taglio** (O8) della prima operazione pianificata in una sala operatoria dal valore target in minuti.
 Oss.: Una rappresentazione in curve di distribuzione sembra utile.
 La formazione rispetto alla disciplina temporale e l'adeguamento delle procedure possono portare a una riduzione dei ritardi mattutini. Riferimenti: [31–33,36]
- K29 Tempo di attesa durata controllata dell'anestesia**
 Def.: Tempo di attesa nell'ambito dell'indicatore **Durata controllata dall'anestesia** (K6, cumulato secondo il settore di intervento e il periodo di osservazione).

Oss.: Questo indicatore può essere ulteriormente specificato nell'ambito delle analisi dettagliate degli indicatori, inclusi **Durata della preparazione anestesiológica** (K4) e **Durata di finalizzazione anestesiológica** (K5). Si raccomanda di documentare le cause sottostanti, in aggiunta a questo indicatore. Riferimenti: [21,22,37]

K30 **Tempo di attesa periodo perioperatorio**

Def.: Tempo di attesa nell'ambito dell'indicatore **Durata perioperatoria** (K10, cumulato secondo il settore di intervento e il periodo di osservazione).

Oss.: Questo indicatore può essere ulteriormente specificato nell'ambito delle analisi dettagliate degli indicatori inclusi **Preparazione operatoria** (K7), **Tempo taglio-sutura** (K8) e **Durata di finalizzazione operatoria** (K9). Si raccomanda di documentare le cause sottostanti, in aggiunta a questo indicatore. Riferimenti: [21,22]

K31 **Tempo di attesa logistica**

Def.: Tempo di attesa al di fuori degli indicatori **Tempo di attesa durata controllata dell'anestesia** (K29) e **Tempo di attesa periodo perioperatorio** (K30).

Oss.: Si raccomanda di documentare le cause sottostanti, in aggiunta a questo indicatore. Riferimenti: [21,22]

K32 **Tempo di attesa trasferimento del paziente dall'area della sala operatoria**

Def.: Uscita sala operatoria (P7) sino a Trasferimento sul letto (P8 risp. P8b).

K33 **► Tempo di permanenza in sala risveglio**

Def.: **Inizio della degenza presso l'unità di follow-up** (P8c, se sala risveglio) sino a **Fine della degenza presso l'unità di follow-up** (P8e, se sala di risveglio).

Oss.: Questo indicatore è una componente del **Tempo anestesiológico** (K14, percentuale del tempo di allestimento) e quindi consigliato per la documentazione di routine.

K34 **Tempo di attesa prelievo del paziente dalla sala di risveglio**

Def.: **Autorizzazione della dimissione dall'unità di follow-up** (P8d) sino a **Fine della degenza presso l'unità di follow-up** (P8e).

Oss.: L'indicatore **tempo di attesa del prelievo paziente** si correla positivamente al numero di letti necessari nella sala di risveglio. Riferimenti: [38]

► ‡ Classificazione delle urgenze

N0 **Intervento di massima urgenza**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Intervento immediato, se necessario direttamente presso l'area in cui si trova il paziente (ad esempio: pronto soccorso, reparto di terapia intensiva, sala parto).

N1 **Urgenza molto elevata**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Intervento sul primo tavolo adatto disponibile, a prescindere dalla disciplina.

N2 **Inizio intervento entro fino a 6h dall'annuncio**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Intervento sul primo tavolo disponibile della rispettiva disciplina. Per quanto possibile, attesa del tempo di digiuno preoperatorio, assistenza sanitaria di base di tipo chirurgico-ortopedico.

N3 **Intervento alla fine del programma elettivo.**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** come parte della gestione delle urgenze

N4 **Operazione urgente entro 24 h**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Inserimento nel programma operatorio del giorno successivo (anche dopo l'avvenuta pianificazione degli interventi, vegliando alla stabilità del primo intervento).

N5 **Elettivo**

► ‡ Classificazione dei tagli cesarei

In questo caso straordinario, la definizione di una nuova classificazione per tagli cesarei, in aggiunta alla classificazione delle urgenze, è dovuta al fatto che in ostetricia sussiste un potenziale pericolo per il feto o per la madre. Ciò è collegato a particolari esigenze procedurali per lo svolgimento dell'intervento. La seguente classificazione trasforma la classificazione per tagli cesarei contenuta nelle attuali linee guida „S3 Taglio Cesareo“ utilizzate dalle società germanofone di ginecologia ed ostetrica [39] nella terminologia e nella logica dei processi per il management del blocco operatorio.

Cat 1 **Taglio cesareo di Emergenza con immediato pericolo di vita per la madre o il feto**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Taglio cesareo immediato, non attendendo la regolare preparazione operatoria.

Cat 2 **Taglio cesareo di Urgenza molto elevata, con danni alla salute per la madre o il feto, senza imminente pericolo di vita**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Intervento da effettuare celermente attendendo la regolare preparazione operatoria.

Cat 3 **Taglio cesareo di Urgenza relativa, senza danni alla salute per la madre o il feto**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Intervento non elettivo da effettuare considerando la disponibilità delle risorse necessarie ed attendendo la regolare preparazione operatoria.

Cat 4 **Taglio Cesareo Elettivo**

Oss.: **Raccomandazione per la coordinazione del blocco operatorio:** Inserimento nel programma operatorio del giorno successivo al più tardi il giorno precedente.