

## PERCORSO CLINICO - ORGANIZZATIVO

### PRE-OSPEDALIZZAZIONE CENTRALIZZATA E I° ACCESSO AL DAY SERVICE



Numero Progressivo Revisione	Redazione		Approvazione	
	Data	Titolare Processo	Data	Gruppo di Lavoro
Rev. n. 1.0	13/11/2013	Dr.ssa M Paola Pilloni	30/12/2013	Dr. Pierpaolo Pateri Dr. Giuseppe Sechi Dr. Giulio Sorrentino Dr. Gianfranco Ibba Dr. Francesco Ronchi

## PREMESSA

Molti sono i fattori che negli ultimi anni stanno determinando un rilevante impatto sull'organizzazione delle aree chirurgiche, in particolare dei blocchi operatori. L'innalzamento dell'età media della popolazione, l'incremento costante degli interventi chirurgici, la progressiva riduzione della durata di degenza pre-post operatoria, il contenimento dei tempi di attesa per gli interventi, le sedute protratte, il potenziamento dei percorsi extraospedalieri, i rapidi progressi della tecnologia di supporto, rappresentano un insieme di fenomeni che possono rappresentare delle criticità attorno alle aree operatorie. Tali fenomeni devono essere presidiati e ricondotti ad un governo unitario, secondo una logica di processo di assistenza perioperatoria, per permettere un maggior controllo dei fattori di rischio, delle condizioni di sicurezza, garantendo allo stesso tempo maggiore continuità assistenziale e di presa in carico del paziente. Il ricorso sempre più frequente alla chirurgia ambulatoriale o al modello di day surgery, e week surgery, richiede inoltre di rivedere e modulare l'offerta dei programmi operatori, sviluppando processi di dimissione precoce, programmi e interventi di educazione terapeutica di preparazione all'auto-cura, programmi di continuità assistenziale per affidare il paziente ai servizi territoriali per le attività di riabilitazione e di assistenza a domicilio.

Il progetto che si intende sperimentare si inserisce in un contesto di implementazione e di innovazione, in particolare per favorire, secondo la logica dei programmi di miglioramento della qualità, l'assistenza pre-operatoria sotto il profilo della sicurezza, della presa in carico del paziente, della continuità delle cure operatorie dal territorio all'ospedale ( dall'ospedale al territorio, dalla degenza al blocco operatorio e dal blocco operatorio alla degenza), dell'approccio unitario alla risposta clinico-assistenziale del processo preoperatorio e dello sviluppo di processi di integrazione professionale,

Il progetto intende mettere in sperimentazione, nel rispetto reciproco delle competenze e delle responsabilità dei diversi professionisti:

- La Centralizzazione dell'attività di preospedalizzazione nell'Ospedale N.S. di Bonaria del Dipartimento di Chirurgia.

Il Servizio Pre-Ricoveri è un'organizzazione di supporto, in regime ambulatoriale, preliminare ai ricoveri programmati per interventi chirurgici; si utilizza estensivamente per le prestazioni preliminari al II° accesso al Day Service chirurgico.

Con il termine di **preospedalizzazione** (o prericovero) si intende una fase di accesso del paziente all'interno della struttura sanitaria ospedaliera atta all'espletamento delle prestazioni che rientrano comunemente nello screening per valutare l'idoneità del paziente ad essere sottoposto ad intervento chirurgico programmato (ECG, RX torace, consulenze specialistiche ecc.).

Si intendono esami in preospedalizzazione o di I° accesso al Day Service, tutti gli accertamenti eseguiti fino a 30 giorni prima dell'intervento.

Si precisa che per "prestazioni specialistiche pre-ricovero ospedaliero in struttura pubblica per intervento chirurgico programmato" si intendono **unicamente** le prestazioni specialistiche finalizzate all'ammissione al ricovero e non alla formulazione della diagnosi.

Lo scopo della preospedalizzazione è quello di eliminare tutta la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione sia delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessari per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione all'intervento, sia di altre metodiche talvolta necessarie, come ad esempio il pre-deposito di sangue autologo.

## 1. ANALISI DEL CONTESTO

Negli ultimi anni i pre-ricoveri venivano gestiti all'interno di ciascuna U.O. del Dipartimento di Chirurgia e affidati a personale infermieristico non dedicato. L'analisi del contesto ha messo in evidenza una serie di criticità di notevole impulso alla riorganizzazione della gestione della pre-ospedalizzazione e alla motivazione della presentazione del progetto.

- Disagi per l'utente per il quale non è prevista la presa in carico da parte di personale dedicato, e che nel caso di interventi in narcosi è costretto a tornare in giornate diverse per sottoporsi a visita anestesiologicala o cardiologica, e altri accertamenti o consulenze plurispecialistiche;
- Disagi per le Unità Operative Chirurgiche interessate per la presenza, nelle ore di maggiore intensificazione delle attività, degli utenti, con relativi accompagnatori che, sostano nei corridoi per la mancanza di appositi spazi dedicati alla gestione dei pre-ricoveri;
- necessità di razionalizzare l'entità delle risorse infermieristiche attualmente impegnate nelle attività di pre-ricovero;

- necessità di uniformare i protocolli pre-operatori delle diverse Unità Operative del Dipartimento di Chirurgia.

## 2. OBIETTIVI DEL PROGETTO

### ↳ per l'utenza:

- garantire un percorso clinico assistenziale di qualità con personale di riferimento;
- promuovere una comunicazione efficace ed una relazione assistenziale empatica;
- diminuire, per quanto possibile lo stress emotivo del paziente e della famiglia dovuto alla degenza

### ↳ per l'Azienda:

- ridurre i tempi medi di ricovero
- ottimizzare i tempi per l'esecuzione degli esami necessari per l'intervento;
- azzerare le giornate di degenza in attesa di intervento;
- migliorare la qualità e la sicurezza delle cure;
- ridurre l'incidenza di complicanze infettive dovute alla inutile permanenza in ospedale;
- ottimizzare le liste d'attesa;
- programmare le liste operatorie.

### ↳ per gli operatori

- implementare la figura del case management;
- sostenere la motivazione del personale e favorirne l'empowerment;
- migliorare la comunicazione tra le équipes professionali e fra operatori e pazienti;
- valorizzare le competenze di tutti gli attori che operano per soddisfare i bisogni di salute e favorire il senso di appartenenza all'azienda.

### **3. CONDIZIONI DI FATTIBILITA'**

Il progetto di implementazione della centralizzazione del Servizio Preospedalizzazione è reso possibile se sussistono le seguenti condizioni:

- ❖ Mandato esplicito per la realizzazione del progetto da parte della Direzione Generale;
- ❖ Condivisione delle responsabilità con i vertici aziendali
- ❖ Motivazione del personale;
- ❖ Disponibilità di risorse umane, strumentali e strutturali;
- ❖ Disponibilità di strumenti operativi;
- ❖ Tempi di realizzazione del progetto.

### **4. RUOLI IN GIOCO E TEMPI DEL PROGETTO**

Il progetto coinvolge :

- Il Direttore Sanitario della ASL 6 di Sanluri;
- Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero;
- Il Direttore del Dipartimento di Chirurgia;
- Il Direttore del Dipartimento dei Servizi;
- Il Direttore del Dipartimento di Medicina;
- Il Direttore del Servizio delle Professioni sanitarie;
- Il Direttore UOC di Anestesia e Rianimazione;
- Il Dirigente medico responsabile dell'area tematica Day-Surgery e Day Hospital;
- La Posizione Organizzativa area Day Surgery Week Surgery e Day Hospital;
- I Coordinatori Dipartimento di Chirurgia;
- Il personale infermieristico dedicato.

## 5. FATTORI DI RISCHIO

Le criticità rilevate nella fase dell'analisi organizzativa delle attività di preospedalizzazione del Dipartimento di Chirurgia, hanno messo in evidenza i fattori di rischio che potrebbero incidere alla buona riuscita del progetto ad esempio:

- inadeguatezza dell'organico
- tempi lunghi per le consulenze

## 6. FATTORI DI SUCCESSO

Tra i fattori favorevoli la buona riuscita del progetto gioca un ruolo fondamentale, la realizzazione di un prototipo di servizio centralizzato della preospedalizzazione del Dipartimento di Chirurgia .

Nel 2012, il Servizio delle Professioni e Sanitarie, analizzando le criticità sulla presa in carico dei pazienti che afferivano alle diverse Unità Operative per la preospedalizzazione ha rilevato una non ottimale utilizzazione degli strumenti e risorse.

In particolare ciascuna unità operativa provvedeva per proprio conto con unità infermieristiche in turno la mattina ad effettuare la presa in carico dei pazienti che afferivano alla preospedalizzazione.

Tali risorse venivano a mancare per le normali attività assistenziali di reparto.

E' stato, quindi, deciso, in via sperimentale l'utilizzo di una risorsa dedicata esclusivamente a tale attività che, per un periodo di sei mesi, ha effettuato le attività di preospedalizzazione nei singoli reparti. La sperimentazione ha permesso l'analisi dei processi delle singole attività, e ha messo in evidenza un feedback positivo da parte dei cittadini utenti e delle figure sanitarie coinvolte.

## 7. FASE DI SPERIMENTAZIONE: AVVIO E PRIMA VERIFICA DEI RISULTATI

Lo step successivo, è stata la centralizzazione isorisorse, a livello dipartimentale, dei processi relativi alla preospedalizzazione, in un ambulatorio dedicato, presso il quale un infermiere dedicato, previa pianificazione del Coordinatore dell'Unità Operativa, gestisce la presa in carico del paziente candidato all'intervento chirurgico attraverso l'accoglienza, l'esecuzione dei prelievi ematici, dell'elettrocardiogramma e predispone la documentazione clinica.

L'ambulatorio dedicato è stato realizzato presso il secondo piano dell' ospedale, utilizzando un locale allestito con attrezzature riciclate. Per la sala d'attesa è stata proficuamente utilizzata quella già esistente dedicata al servizio Oculistica, peraltro

occupata, dallo stesso solo 1 giorno alla settimana, il lunedì per la seduta di Day Service della cataratta.

Dal mese di Maggio 2013 i pazienti del Dipartimento di Chirurgia, che dovranno essere sottoposti ad intervento chirurgico programmato, afferiscono all'ambulatorio pre-ricoveri centralizzato nel seguente calendario

- Lunedì Ortopedia
- Martedì Ostetricia e Ginecologia
- Mercoledì Chirurgia/Ortopedia
- Giovedì Urologia
- Venerdì Ostetricia e Ginecologia.

Due sono le principali **criticità** rilevata nella fase di sperimentazione della preospedalizzazione centralizzata:

1. **PARZIALE DECENTRAMENTO DELLA PRESA IN CARICO:** i pazienti afferiscono all'ambulatorio centralizzato esclusivamente per l'esecuzione degli esami ematici, dell'elettrocardiogramma e della visita chirurgica e urologica. Le visite ginecologiche e ortopediche vengono eseguite nelle rispettive Unità Operative per mancanza presso l'ambulatorio centralizzato di risorse strumentali come ad esempio l'ecografo o l'elettromiocardiografo anche la visita anestesiologicala viene eseguita presso un ambulatorio sito nella palazzina fronte Pronto Soccorso.
2. **RIPETUTI ACCESSI:** la preospedalizzazione, fase precedente all'intervento chirurgico non si conclude con il primo accesso, i pazienti sono costretti a recarsi più volte presso il nostro dipartimento per concludere accertamenti diagnostici in particolare consulenze cardiologiche e anestesiologicalhe per carenza di personale medico dedicato.

Le criticità rilevate impattano negativamente con l'obiettivo principale del nostro progetto e cioè la centralità del paziente, mettere al centro del percorso di cura la persona in tutta la sua complessità è anche la mission principale che il nostro Servizio Sanitario vuole raggiungere. E' altresì vero che nonostante la parziale presa in carico del paziente siamo riusciti a realizzare con orgoglio, anche se in parte il **modello organizzativo assistenziale del case management**, o gestione del caso, che si propone come strumento nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia terapeutica ma anche il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari. Il nostro prototipo di modello di ambulatorio centralizzato ha permesso agli infermieri dedicati di sviluppare grandi abilità nel comunicare e negoziare con più figure professionali ma anche di sviluppare quell'empatia necessaria a minimizzare la frammentazione del processo di cura.

## 8. RISULTATI ATTESI

1. Verificare se modelli di pre-ospedalizzazione centralizzata, praticati in altri contesti internazionali possono essere trasferiti nel contesto della nostra organizzazione ospedaliera della ASL 6 Sanluri adattandoli alla nostra realtà organizzativa, con le dovute modifiche,
2. verificare se tali modelli possono concorrere al miglioramento continuo, sotto il profilo della sicurezza, dell'efficacia e dell'efficienza, delle prestazioni relative alla pre-ospedalizzazione nonché dei processi di integrazione tra i professionisti,
3. Elaborare un modello standardizzabile di informazioni necessarie all'acquisizione del consenso informato implementando programmi di appropriatezza nella prescrizione delle indagini pre-operatorie e Indagare se il modello di assistenza perioperatoria che si sperimenterà soddisferà maggiormente l'utenza in termini di qualità percepita.

## 9. INDICATORI DI RISULTATO

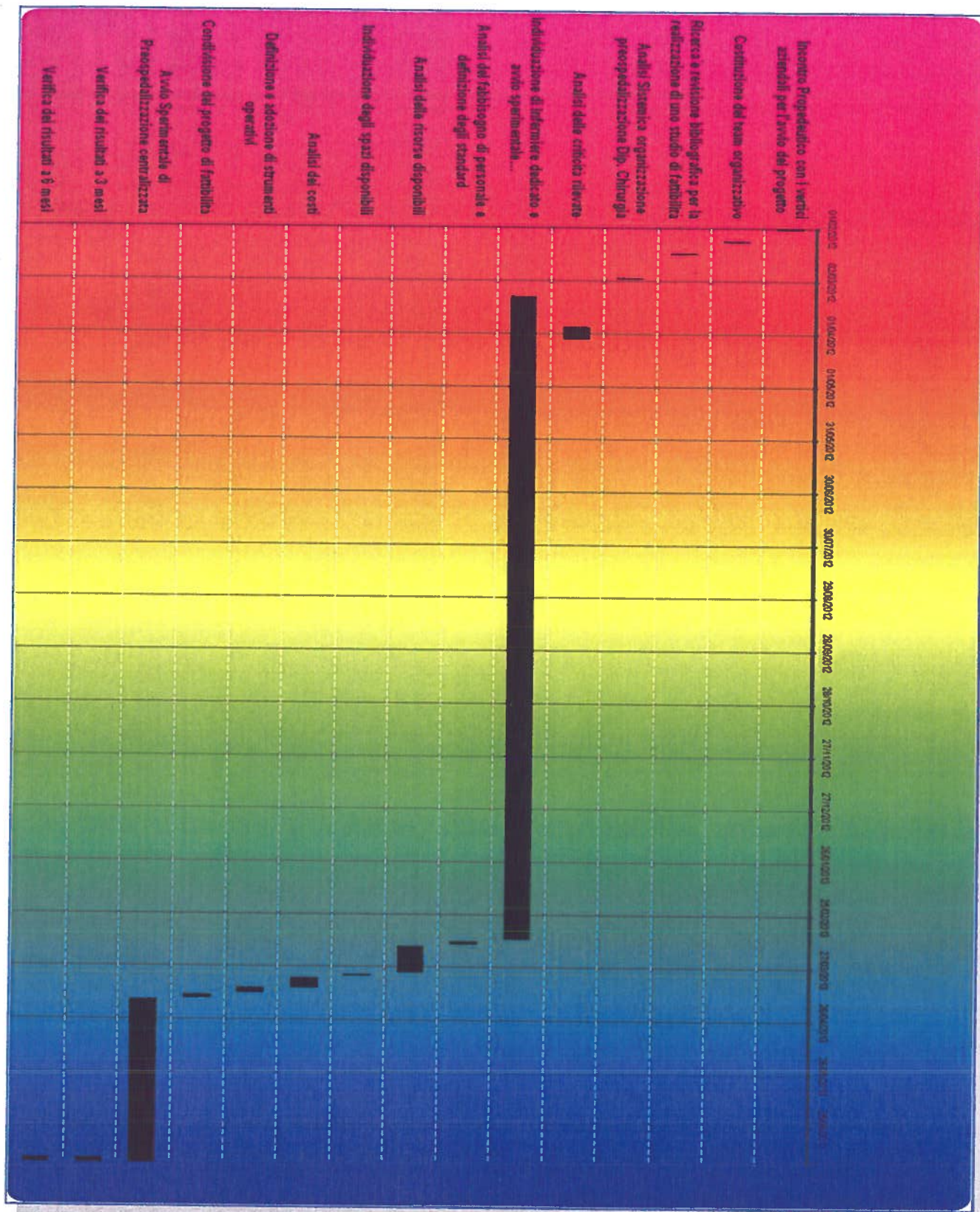
- % dei pazienti che afferiscono alla preospedalizzazione sul totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico programmato.
- % dei pazienti inviati alla preospedalizzazione dalla lista d'attesa sul totale dei pazienti preospedalizzati.
- % di pazienti che effettuano la preospedalizzazione in un unico accesso sul totale dei pazienti preospedalizzati.
- % dei pazienti che hanno accesso alla prestazione chirurgica entro i 30 giorni, sul totale dei pazienti preospedalizzati.

## 10. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO E FASI

- Incontro propedeutico con i vertici aziendali per l'avvio del progetto
- costituzione del team organizzativo
- ricerca e revisione bibliografica per la realizzazione di uno studio di fattibilità
- analisi sistemica dell'organizzazione della Preospedalizzazione nel Dipartimento di Chirurgia
- analisi delle criticità rilevate
- individuazione di infermiere dedicato alla preospedalizzazione dipartimentale
- avvio sperimentale di preospedalizzazione dipartimentale



- analisi del fabbisogno di personale e definizione degli standard
- analisi delle risorse disponibili
- individuazione degli spazi disponibili
- analisi dei costi
- definizione e adozione di strumenti operativi
- condivisione del progetto di fattibilità
- avvio sperimentale di preospedalizzazione centralizzata
- verifica dei risultati a 3/6 mesi.



## 11.FASI DEL PROCESSO PREOSPEDALIZZAZIONE CENTRALIZZATA

Lo studio e l'analisi delle attività di preospedalizzazione è stata effettuata attraverso la metodologia di analisi per processo. Una lettura dell'organizzazione secondo una logica di processo, aiuta ad identificare la sequenza delle prestazioni e degli atti assistenziali, ad osservarli sotto il profilo delle relazioni, dell'efficienza, dell'efficacia, a mettere in evidenza gli elementi di sovrapposizione o di discontinuità, le attività e gli ambiti di responsabilità dei singoli attori coinvolti. Questa metodologia consente di individuare aree su cui intervenire per migliorare il processo, di configurare un modello con gli elementi utili e necessari per poterlo replicare in contesti diversi, ovvero per essere di riferimento logico-concettuale e metodologico per le realtà che volessero a loro volta sperimentare.

La fase pre-operatoria rappresenta un momento importante per la corretta impostazione e valutazione di programmi perioperatori, in quanto è caratterizzata da azioni valutative volte a definire il livello di complessità della procedura chirurgica, e le condizioni cliniche del paziente, la classe di rischio anestesiologicalo e la scelta della tecnica anestesiologicala.

Il processo di Preospedalizzazione è stato mappato nelle seguenti fasi:

- **Accesso del paziente,**
- **Preospedalizzazione,**
- **Trattamento chirurgico,**
- **Monitoraggio,**
- **Follow-up, Uscita dal percorso.**

Si accede alla Preospedalizzazione dopo essere stati visitati da un medico chirurgo di una delle Unità Operative afferenti al Dipartimento di Chirurgia.





Il Chirurgo dopo aver posto indicazione all'intervento chirurgico, inserisce il paziente in lista d'attesa. Per registro di prenotazione informatico, si intende lo strumento operativo che stabilisce il tipo di ricovero chirurgico e la relativa articolazione temporale di effettuazione. La prenotazione è la modalità operativa con cui, previa registrazione di tutti i dati utili richiesti dal sistema di gestione dell'attività, viene specificato all'utente il tempo individuato per il ricovero chirurgico.

La gestione delle prenotazioni, prevede quindi come elementi organizzativi, la corretta tenuta delle liste d'attesa presso tutte le strutture complesse chirurgiche e le sue articolazioni.

Il campo CLASSE DI PRIORITA' deve essere compilato in coerenza con le indicazioni nazionali di cui all'Accordo Stato Regioni 11 Luglio 2012 composto da 7 elementi per la

definizione clinica. Il dato qui inserito sarà poi trasferito nel corrispondente campo della SDO.

Attraverso l'individuazione di criteri clinici espliciti, per la definizione delle priorità di accesso, con numerazione progressiva all'interno di ciascuno dei livelli organizzativi di erogazione, si arriverà ad assegnare, secondo le indicazioni condivise a livello nazionale, l'attribuzione del paziente, ad una delle **quattro classi** di priorità valide per il ricovero di tipo chirurgico.

Classe A		ricovero da effettuarsi entro 30 giorni
Classe B		ricovero da effettuarsi entro 60 giorni
Classe C		ricovero da effettuarsi entro 180 giorni
Classe D		ricovero da effettuarsi entro 1 anno

L'accettazione della richiesta di prenotazione sarà seguita dall'emissione e rilascio, da parte del medico chirurgo, al paziente di un modulo a stampa, quale riscontro dell'avvenuta prenotazione.

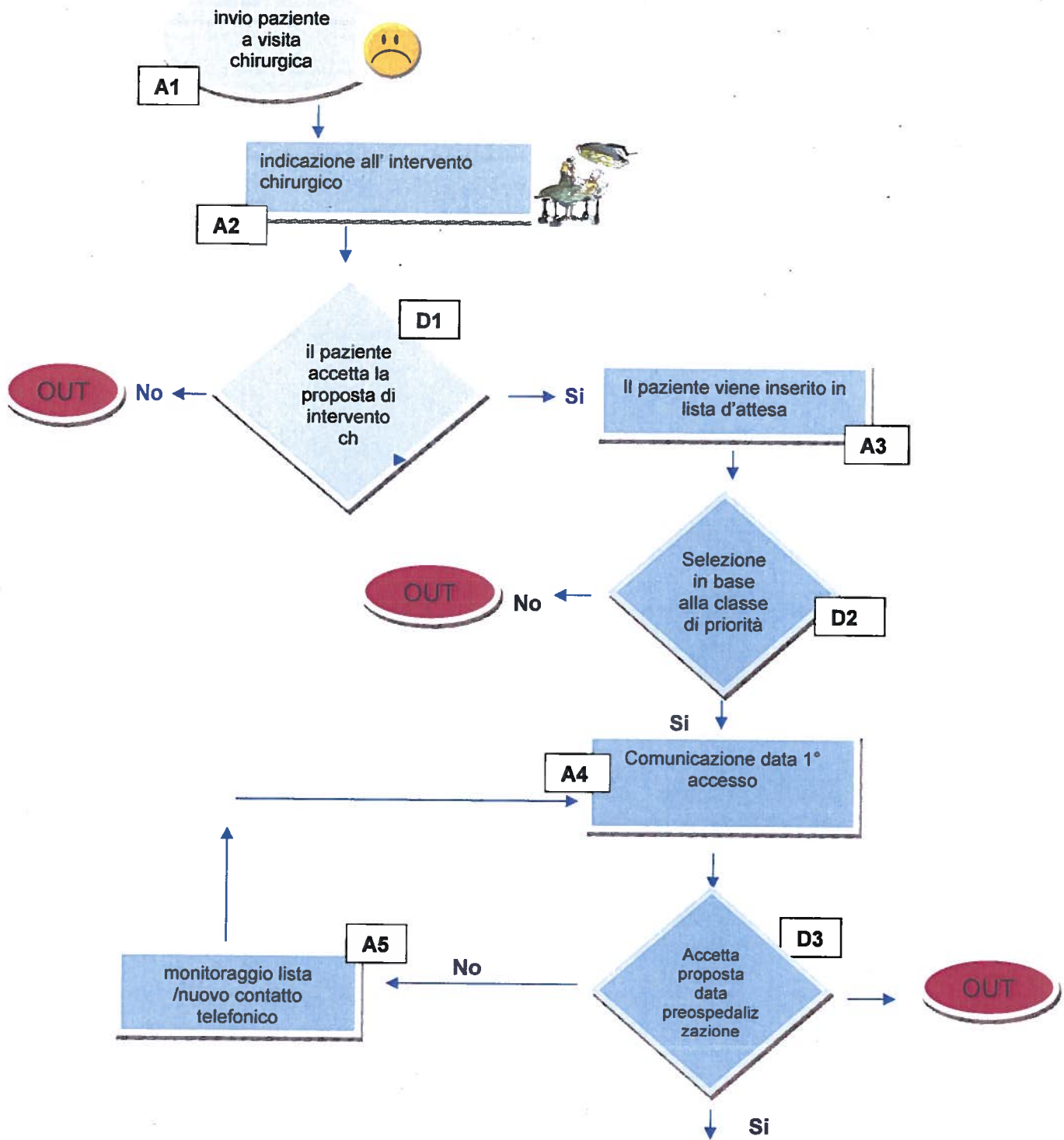
Il Coordinatore di ciascuna Unità Operativa, in base alla priorità prevista dalla lista d'attesa contatterà telefonicamente i pazienti invitandoli a recarsi presso l'ambulatorio della preospedalizzazione centralizzata nei seguenti giorni:

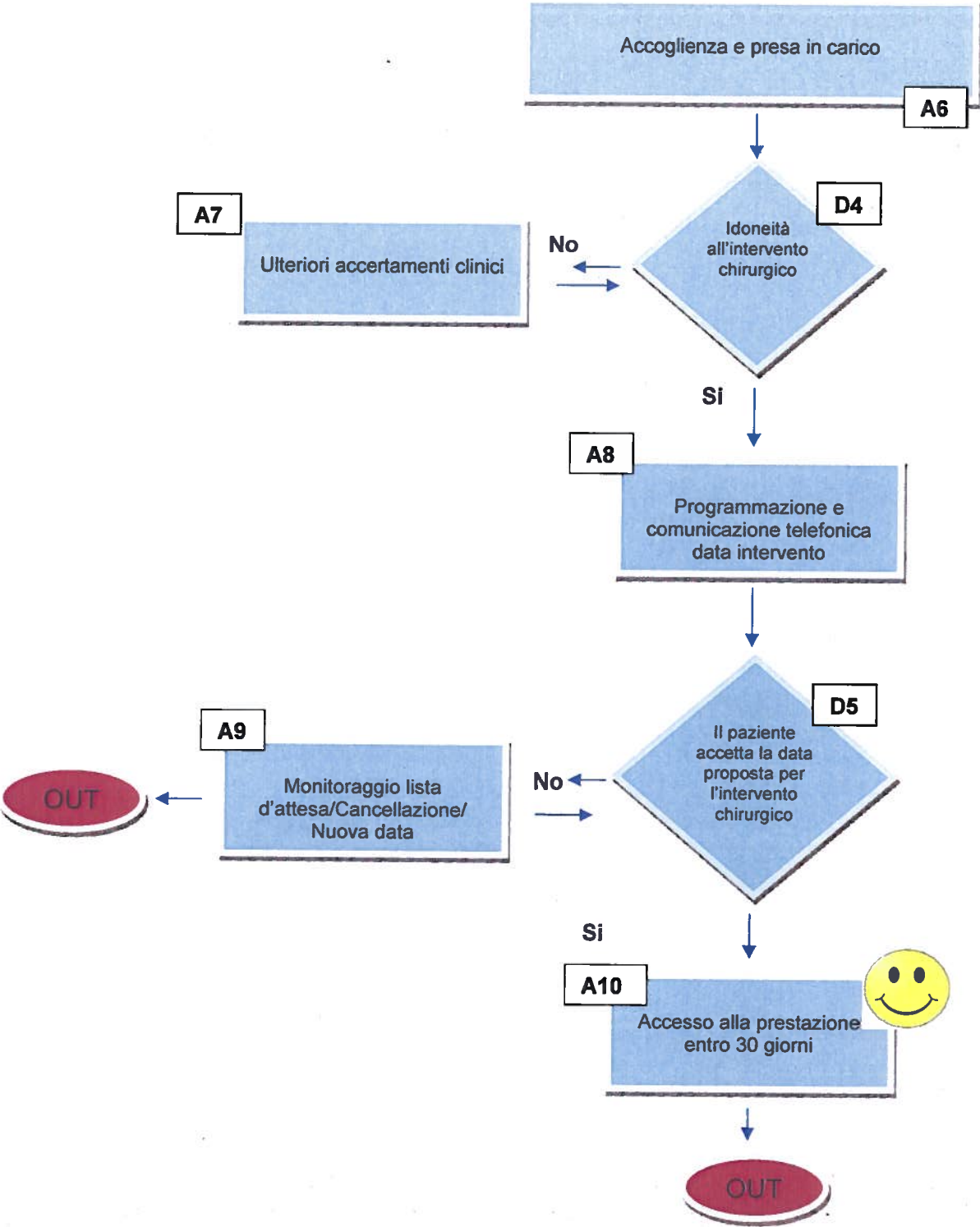
- ✓ Lunedì e Mercoledì dedicati alla preospedalizzazione dei pazienti candidati ad intervento chirurgico in Day Surgery o Ordinario per i quali sono previsti:
  - dalle ore **7.00 alle ore 9.00**
  - 1. prelievo ematico per esami ematochimici,
  - 2. elettrocardiogramma,
  - dalle ore **9.00 alle ore 11.00**
  - 3. compilazione della cartella clinica attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo
  - 4. ulteriori accertamenti utili all'inquadramento diagnostico
  - 5. consenso informato
  - dalle ore **11.00 alle ore 15.00** la consulenza cardiologica
  - dalle ore **15.00 alle ore 19.00** la consulenza anestesiologicala
  
- ✓ Venerdì dedicato esclusivamente alla preospedalizzazione dei pazienti candidati al Day Service per i quali non è prevista la consulenza anestesiologicala e la consulenza cardiologica.
  - 1. prelievo ematico per esami ematochimici,
  - 2. elettrocardiogramma,
  - 3. compilazione della cartella clinica attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo
  - 4. ulteriori accertamenti utili all'inquadramento diagnostico
  - 5. consenso informato

## 12. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	ATTORI			
	Medico MG	Chirurgo	Coordinatore	Infermiere
1-Invio paziente a visita chirurgica	R			
2- Visita Chirurgica		R		
2.1 Definizione tipo di intervento e valutazione stato di salute del paziente		R		
2.2 Attribuzione rischio chirurgico		R		
2.3 Prime Informazioni			R	R
3-Immissione paziente in Lista d'attesa		R		
4-Selezione in base alla classe di priorità		R	C	
5- Comunicazione data 1° accesso		C	R	C
6-Accoglienza e presa in carico			R	R
7-Compilazione cartella clinica		R		
8-Richiesta ulteriori accertamenti diagnostici		R		
8- Informazione del paziente e acquisizione del consenso informato		R		
9- Programmazione intervento e comunicazione telefonica data accesso alla prestazione chirurgica		C	R	C

RAGIONAMENTO CLINICO ORGANIZZATIVO





### **13. NOTE ESPLICATIVE LEGENDA FLOW CHART**

#### **A1 INVIO PAZIENTE A VISITA CHIRURGICA**

Il medico di medicina generale prescrive la prestazione specialistica, dopo aver effettuato la valutazione clinica del paziente, ispeziona e valuta i segni presenti e i sintomi riferiti dal paziente. Il medico interpreta il bisogno di salute del paziente e lo soddisfa traducendolo in domanda di prestazione specialistica.

#### **A2 INDICAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

Il chirurgo specialista in chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, urologia endoscopia oculistica e ginecologia, effettuata, la valutazione clinica del paziente, pone indicazione al trattamento chirurgico.

In base alla patologia chirurgica, si propone un ricovero

- Ordinario
- Day Surgery
- Day Service PAC ( pacchetto ambulatoriale complesso )

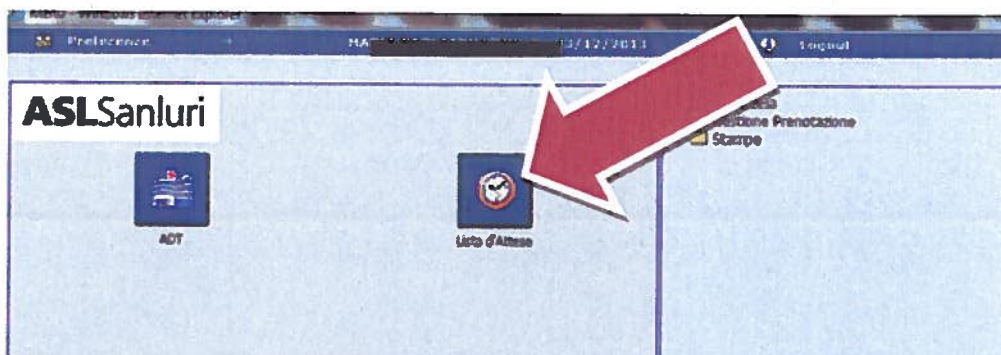
#### **D1 IL PAZIENTE ACCETTA LA PROPOSTA DI INTERVENTO CHIRURGICO**

#### **A3 IL PAZIENTE VIENE INSERITO IN LISTA D'ATTESA**

Responsabile della proposta di ricovero è il medico che effettua la visita specialistica, egli è inoltre responsabile del corretto inserimento del paziente in lista d'attesa e della completa informazione al paziente circa i tempi di attesa per il ricovero. Il medico che esegue la visita, sia in regime istituzionale che in quello libero-professionale intramoenia, inserisce i dati del paziente e della sua patologia nella apposita scheda sul sistema SISAR LISTA D'ATTESA.

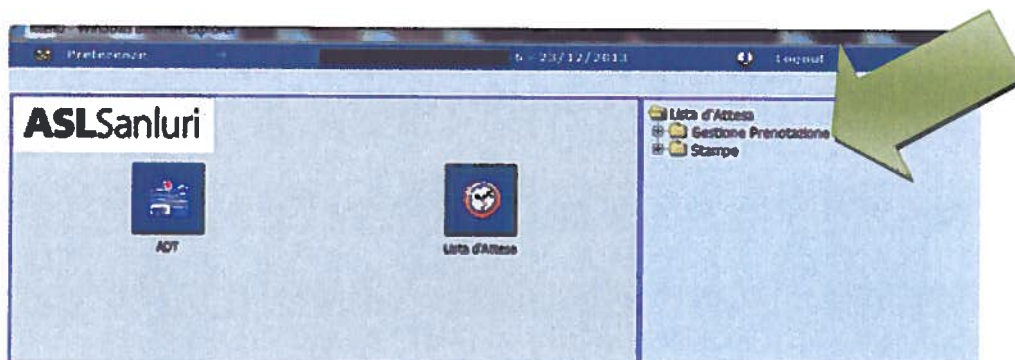


Con il cursore del mouse, cliccare su **LISTA D'ATTESA**

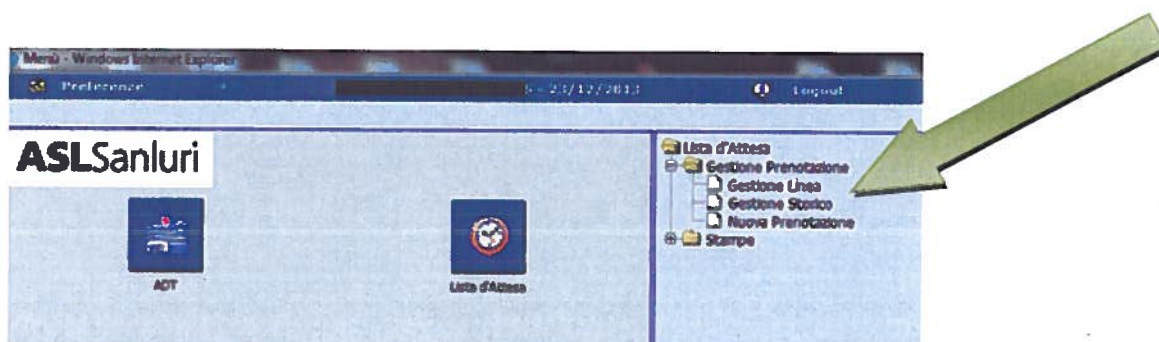


Sul lato destro della maschera si aprirà la cartella lista d'attesa

1- Cliccare su **GESTIONE PRENOTAZIONE**



2- Cliccare su **NUOVA PRENOTAZIONE**



- 3- Inserire NOME e COGNOME del paziente e la Data di Nascita
- 4- Cliccare su RICERCA

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying 'MARIA PAULA PILLONI - 23/12/2013'. The main content area is a form titled 'PAZIENTI'. The form includes the following fields: 'Normalizzato' (radio buttons), 'ID Paziente', 'Cognome e Nome', 'Data nascita' (with day and month dropdowns), 'Categorie di nascita', 'Telefono sanitario', 'Codice Fiscale/ENI/STP' (with a dropdown for 'Codice Fiscale'), 'ASL di appartenenza', 'Categorie di residenza', 'Stato' (with a dropdown for 'Attivo' and a checkbox for 'Ricovero Alto'), 'Codice alternativo', 'Tipo Paziente', 'Gruppo utenti di inserimento', 'Punte', and 'Legame Utente' (with a dropdown for 'Tutti'). At the bottom of the form are buttons for 'Ricerca', 'Nuovo', 'Pulsanti', 'Professione', 'Fax', and 'Extra'. A green arrow points to the 'Cognome e Nome' field.

- 5- **CLICCARE** nella freccia relativa al nominativo da inserire in lista d'attesa.

The screenshot shows a table with multiple columns. The first column contains a dropdown arrow. The second column contains the text 'ZORRINI'. The third column contains 'ZALDARONCO S.M. V. HOSPITAL PROV. CATANIA E'. The fourth column contains 'ZORRINI'. The fifth column contains 'ZORRINI'. The sixth column contains 'ZORRINI'. The seventh column contains 'ZORRINI'. The eighth column contains 'ZORRINI'. The ninth column contains 'ZORRINI'. The tenth column contains 'ZORRINI'. The eleventh column contains 'ZORRINI'. The twelfth column contains 'ZORRINI'. The thirteenth column contains 'ZORRINI'. The fourteenth column contains 'ZORRINI'. The fifteenth column contains 'ZORRINI'. The sixteenth column contains 'ZORRINI'. The seventeenth column contains 'ZORRINI'. The eighteenth column contains 'ZORRINI'. The nineteenth column contains 'ZORRINI'. The twentieth column contains 'ZORRINI'. A green arrow points to the dropdown arrow in the first column.

- 6- **VERIFICARE** la correttezza dei dati inseriti nei campi obbligatori in giallo e, in particolare, del codice fiscale o ENI o STP;
- 7- **INSERIRE** lo stato civile

8- CLICCARE su professionali

Indice Univoco Paziente: 2821345

Principali    Storico    Amministrazione    Studio Familiare    Anagrafe    Medicina Base

Altri dati    ASI    Professionali

Identificativo Paziente: 2821345    Codice altern.: PRVC003858L924

Cognome e Nome: PROVA    CATERINA

Data di nascita: 18/02/1963    Età: 51 anni    Sesso: Femmina

Comune di nascita: 106025    VILLACIDRO    VS    Descrizione Comune:

Codice Fiscale: L10FEO

Codici Stranero:    Riscatto da:    Data riscatto:    Data scadenza:    Gestione codici

Documento: Numero:    Tipo:

Riscatto I:    Da:    Di:

Stato Civile:    Coniuge:

Comune di residenza: 106025    VILLACIDRO    VS    C.A.P.: 09039

Descrizione Comune:    Distretto:

Indirizzo di residenza: VIA GARIBALDI    N.:    Mensale

Ultadnanza: 100    ITALIA

Comune di Domicilio: 092101    VILLASOR    CA    C.A.P.: 09030

Descrizione Comune:    Distretto:

Indirizzo di Domicilio: VIA DELLE VERIFICHE    N.:    Mensale

Telefono 1: Descrizione:    Numero: 0706095845

Stato: Attivo    Tipologia Paziente: Nessuna

Fonte:    Id Sorgente:

Note

Conferma    Elimina    Annulla    Nuovo    Esci    Extra

9- Inserire titolo di studio

Paziente - Gestione Anagrafica - Windows Internet Explorer

MAHE    1/12/2013

Paziente: IGHISAPILLONE MARIA PAOLA

Principali    Storico    Amministrazione    Studio Familiare    Anagrafe    Medicina Base

Altri dati    ASI    Professionali

Titolo di Studio:    Professione:    Situazione professionale:    Attività professionale:    Datore di lavoro:    Azienda:    Tipo Azienda:    Comune Datore Lavoro:    Comune di lavoro:    Ultima Professione:

9

Anticardati    Conferma    Elimina    Annulla    Nuovo    Esci    Extra

Paziente n.					
Scheda n.	Paziente	Data di nascita	Telefono	Sesso	Dettaglio anagrafico
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Prenotazione</span> <span>Prericovero</span> </div>					
Attesa prevista (gg)		Data indicativa di ricovero		Anonimato	
<input type="text"/>		da <input type="text"/> a <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	
Data / Ora di Prenotazione		Regime		Stato Prenotazione	
30/05/2014 11:03		<input type="text"/>		1 - PRENOTATO	
Contattato per accertamenti		Promemoria inviato			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Stabilimento di ricovero					
20003400 S.GAVINO MONREALE (V5) - Osp N.S. di Bo					
Reparto di ricovero prenotato			Reparto ospitante prenotato		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Interventi					
<input type="text"/>					
Diagnosi					
<input type="text"/>					
Priorità Clinica			Motivo variazione priorità clinica		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Disponibilità paziente		Da richiamare			
da <input type="text"/> a <input type="text"/>		il <input type="text"/>			
Onere delle Degenza					
<input type="text"/>					
Motivo prenotazione			Note		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Medico proponente			Medico reparto destinatario		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Rischio ASA			Rischio Chirurgico		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Da Prericoverare	Data convocazione	Da convocare	Motivo annullamento		
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Prericovero in sede					
<input type="checkbox"/>					
Data Impegnativa	Numero Richiesta				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Utente inserimento	Data inserimento	Utente modifica	Data modifica		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>Conferma</b>		<b>Esci</b>			

**10- COMPILARE** I campi obbligatori in giallo

- Il Regime di Ricovero
- Il Reparto di Ricovero
- La Diagnosi
- La Priorità Clinica
- Nome del medico proponente

**11- Cliccare** su CONFERMA

**12- Stampare** il modulo attestante l'inserimento in lista d'attesa e consegnarlo al paziente firmato.

## **D2 SELEZIONE IN BASE ALLA CLASSE DI PRIORITA'**

I criteri di priorità assegnati ai pazienti inseriti in lista devono fare riferimento almeno ai seguenti aspetti:

- condizione clinica e natura della patologia
- presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia
- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che compila la scheda di proposta di inserimento in lista.

Classe A (ricovero entro 30 giorni), trattasi di casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi al punto da diventare emergenti, o comunque da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.

Classe B (ricovero entro 60 giorni), trattasi di casi clinici che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa, arrecare grave pregiudizio alla prognosi.

Classe C (ricovero entro 180 giorni), trattasi di pazienti che presentano minimo dolore e/ disfunzione o inabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, arrecare grave danno alla prognosi.

Classe D (ricovero entro 12 mesi), trattasi di pazienti che non presentano dolore, disfunzione o inabilità.

## **A4 COMUNICAZIONE DATA 1° ACCESSO**

Il Coordinatore o un suo incaricato, sulla base della classe di priorità della lista d'attesa e/o in seguito a programmazione con il Direttore dell'Unità Operativa, contatta il paziente e programma la data del prericovero.

## **D3 ACCETTA PROPOSTA DATA PREOSPEDALIZZAZIONE**

### **A5 MONITORAGGIO LISTA E NUOVO CONTATTO TELEFONICO**

- Se il paziente non risponde alla convocazione telefonica per tre giorni di seguito, verrà chiamato il paziente successivo.
- Se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi intercorrenti verrà fatto slittare in relazione alle priorità presenti nella lista.
- Se il paziente rifiuta il ricovero perde diritto alla prenotazione e viene annullata.

**A6 ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO**

Il paziente viene invitato a recarsi presso il nostro ambulatorio di preospedalizzazione centralizzata alle ore 7,00, viene accolto dall'infermiera dedicata, che informa il paziente sulle modalità di erogazione della prestazione.

- Inserimento in cartella dei dati del paziente
- prelievo ematico
- elettrocardiogramma.

Vengono inoltre consegnati i moduli ALLEGATO 1 Informativa sulla preospedalizzazione e l' ALLEGATO 2 Informativa al CONSENSO ANESTESIOLOGICO, (l'allegato 2 non viene consegnato ai pazienti candidati al Day Service)

Terminati i primi accertamenti infermieristici il medico chirurgo effettuerà l'anamnesi e l'esame obiettivo del paziente. Gli verrà spiegata la modalità di esecuzione dell'intervento chirurgico e l'importanza del Consenso Informato all'atto chirurgico.

In questa fase si valuta la necessità di ulteriori accertamenti clinic,i in base alla patologia ad esempio, può essere richiesta la consulenza cardiologica.

La cartella clinica completa degli esami ematici richiesti e dell'elettrocardiogramma verrà deve essere predisposta per la consulenza anestesiologicala.

**D4 IDONEITA' ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

L'anestesista attesta in cartella l'idoneità all'intervento chirurgico.

**A7 ULTERIORI ACCERTAMENTI CLINICI**

Qualora siano necessari ulteriori accertamenti clinici l'anestesista ne richiede l'esecuzione nell'apposito spazio "CONSULENZE" in cartella.

Sarà cura del medico dedicato alla preospedalizzazione verificare la consulenza anestesiologicala ed eseguire la richiesta degli ulteriori accertamenti che l'anestesista ritiene opportuni.

**A8 PROGRAMMAZIONE E COMUNICAZIONE TELEFONICA DATA INTERVENTO**

Terminata la fase di preospedalizzazione e attestata l'idoneità all'intervento chirurgico, viene programmata la data dell'intervento. La comunicazione telefonica dell'intervento chirurgico, da parte del coordinatore o suo delegato, deve avvenire entro 30 giorni dalla data di erogazione della prestazione della preospedalizzazione.

**D5 IL PAZIENTE ACCETTA DATA PROPOSTA PER L'INTERVENTO CHIRURGICO**

Se il paziente accetta la data proposta per l'intervento chirurgico, viene informato sulle procedure relative.

### **A9 MONITORAGGIO LISTA D'ATTESA/CANCELLAZIONE/NUOVA DATA**

qualora il paziente rifiutasse la data proposta per impossibilità sopraggiunte, viene effettuato il monitoraggio della lista d'attesa

- Se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi intercorrenti verrà fatto slittare in relazione alle priorità presenti nella lista.
- Se il paziente rifiuta il ricovero perde diritto alla prenotazione e viene annullata. A questo proposito si dà avvio alla procedura prevista dalla normativa, in base alla quale, in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per sua libera scelta, la normativa vigente prevede che:  
*".., le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione della spesa da parte dell'utente".*

### **A10 ACCESSO ALLA PRESTAZIONE ENTRO GIORNI 30**

Il paziente entro 30 giorni dalla data di esecuzione della preospedalizzazione deve avere accesso alla prestazione.

## INFORMATIVA PREOSPEDALIZZAZIONE

Gentile Signora/ Gentile Signore

Benvenuta/a nel nostro Dipartimento di Chirurgia

La presente per spiegarle la procedura della preospedalizzazione a cui verrà sottoposta/o prima dell'intervento chirurgico che le è stato proposto dalla nostra equipe chirurgica.

Con il termine di **preospedalizzazione** (o prericovero) si intende una fase di accesso del paziente all'interno della struttura sanitaria ospedaliera, atta all'espletamento delle prestazioni che rientrano comunemente nello screening per valutare l'idoneità del paziente ad essere sottoposto ad intervento chirurgico; in particolare, si intendono esami in preospedalizzazione tutti gli accertamenti eseguiti fino a 30 giorni prima dell'intervento.

Verrà contattato/a telefonicamente e invitata/o a recarsi presso l'ambulatorio prericoveri , sita al PRIMO PIANO dell'ospedale NS di Bonaria di San Gavino Monreale, alle ore **7:30 DIGIUNA/O** per effettuare il **1° ACCESSO** al pre-ricovero, che prevede nel corso della giornata l' esecuzione di:

- Prelievi Ematici
- Elettrocardiogramma
- Visita chirurgica
- Eventuali ulteriori accertamenti.

**E' IMPORTANTE** portare con se un documento di identità, la tessera sanitaria e la documentazione sulla eventuale terapia farmacologica assunta e la fotocopia di eventuali accertamenti eseguiti nell'ultimo anno, in particolare accertamenti cardiologici.

Durante il colloquio con il Medico Chirurgo verranno raccolti i dati necessari alla compilazione della cartella clinica ed il **CONSENSO** all'intervento chirurgico e alla Anestesia.

Dopo il prelievo di sangue potrà fare colazione, a meno che non le siano stati prescritti ulteriori accertamenti radiologici che prevedono la prosecuzione del digiuno.

Alle **ORE 15:30** è prevista la **CONSULENZA ANESTESIOLOGICA**, presso il nostro ambulatorio. Con la consulenza anestesiologicala termina il primo accesso alla preospedalizzazione.

Orientativamente la sua giornata assieme a noi durerà circa 12 ore e, comunque, **DIFFICILMENTE SI CONCLUDERÀ ENTRO LE ORE 17:00**; per questo motivo le chiediamo cortesemente di essere paziente, evitando, per quanto possibile, le richieste e i



solleciti circa la conclusione degli accertamenti: è infatti interesse reciproco ultimare l'attività nel minor tempo possibile.

Il 2° **ACCESSO**, cioè la data dell'intervento chirurgico le verrà comunicato previa telefonata, dalla Coordinatrice della Unità Operativa di Chirurgia Generale entro 30/40 giorni dall'esecuzione degli accertamenti diagnostici effettuati durante il primo accesso.

**E' IMPORTANTE CHE SIA A CONOSCENZA CHE**, in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per sua libera scelta, la normativa vigente prevede che:

*".., le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione della spesa da parte dell'utente".* – **Il presente modulo deve essere consegnato firmato, all' Infermiera dedicata alla preospedalizzazione, il giorno del 1° accesso.**

Il **GIORNO DELL'INTERVENTO CHIRURGICO** dovrà presentarsi presso la nostra Unità Operativa entro le ore 7:30 **DIGIUNA/O** dalla mezzanotte.

Sarà necessario **RIMUOVERE** :

- + Lenti a contatto ed occhiali
- + Protesi dentarie o di altro tipo
- + Apparecchi acustici (toglierli il più tardi possibile)
- + Catenine, anelli, orologi e smalto per unghie
- + Segnalare se portatrice di ponti o denti instabili

La dimissione avviene dopo il periodo necessario alla sorveglianza e controllo post-operatorio, e dipende dal tipo di intervento e dalla patologia trattata.

Augurandole buona permanenza le ricordiamo i nostri numeri di telefono

- 070/9378263 Chirurgia Generale
- 070/9378262 Ostetricia e Ginecologia
- 070/9378224 Ortopedia e Traumatologia
- 070/9378250 Urologia

Firma del Paziente

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. DGR n 37/9 del settembre 2007.
2. DPR 20 ottobre 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei posti di anestesia a ciclo diurno.
3. Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992 n0 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992.
4. Decreto Legislativo del 7 dicembre 1993 n0 517, Modificazioni al D. Las 30 dicembre 1992, n0 502, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 1993.
5. DPR 14/1/97. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (supplemento ordinario n. 37 G.U. n. 42 del 20/02/97).
6. Decreto Legislativo del 19 giugno 1999 n0 229, Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 luglio 1999.
7. Gruppo di Studio per la Sicurezza SIAARTI. Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica preoperatoria. Ed. Mandragola, 5/1994.
8. Fracastoro G.:Il Day Surgery. Aspetti gestionali ed economici. Estratto da Progressi Clinici: Chirurgia. 1997 Piccin Editore.
9. Gruppo di Studio per la Sicurezza SIAARTI. Raccomandazioni per la sorveglianza postanestesiológica. Ed. Mandragola, 7/1994.
10. Guzzanti E., Mastrobuono I., Ma strilli F., Mazzeo M.C.: Day surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione. Ricerca sui Servizi Sanitari—Volume i n.4. 1997.
11. Liva C. L'accreditamento volontario professionale: l'esperienza italiana. In: Di Stanislao F,
12. Liva C. Accredimento dei servizi sanitari in Italia. Centro Scientifico Ed, Torino 1998
13. Scrivens E., Accredimento dei servizi sanitari. Esperienze internazionali a confronto, Centro Scientifico ED, 1997
14. Zanetti M., Montaguti U., Celin D., L'accreditamento degli ospedali, QA, 1991
15. Decreto Ministro Sanità del 28.12.2000 per la istituzione di una commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa. Relazione finale.
16. DPCM 16.4.2002- Conferenza Stato Regioni 11 luglio 2002 "liste di attesa: fissati i tempi massimi e le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche