



SOMMARIO

1	INTRODUZIONE E SCOPO	2
2	CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3	RIFERIMENTI	2
4	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
5	PERSONALE	4
6	TECNOLOGIE, MATERIALI E SPAZI	4
7	COORDINAMENTO ORGANIZZATIVO - OPERATING ROOM MANAGEMENT (ORM)	4
	7.1 COMPONENTI DELL' OPERATING ROOM MANAGEMENT E FUNZIONI	4
	7.2 FUNZIONI DELL'ORM	5
	7.3 SISTEMA DI RELAZIONI DELL'ORM	6
8	ORARI DI ATTIVITÀ	6
9	ATTIVITÀ PROGRAMMATA	7
	9.1 PRESENTAZIONE DELLA NOTA OPERATORIA ELETTIVA	7
10	ATTIVITÀ DI EMERGENZA E URGENZA	7
	10.1 PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA INTERVENTO IN EMERGENZA/URGENZA	8
	10.2 ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA	8
11	SVOLGIMENTO DELLE SEDUTE OPERATORIE	8
	11.1 PREPARAZIONE PAZIENTI NELLE DEGENZE.....	8
	11.2 VERIFICA CHE LA SALA OPERATORIA SIA PRONTA.....	9
	11.3 TRASPORTO PAZIENTI PRIMI DELLA LISTA	9
	11.4 AVVISO PREPARAZIONE PAZIENTI SUCCESSIVI NELLE DEGENZE.....	9
	11.5 INGRESSO NEL BLOCCO	9
	11.6 PREPARAZIONE ANESTESIOLOGICA DEL PAZIENTE	9
	11.7 FINE INDUZIONE	9
	11.8 INGRESSO SALA OPERATORIA	10
	11.9 COMPILAZIONE CHECK LIST.....	10
	11.10 PREPARAZIONE CHIRURGICA	10
	11.11 INCISIONE.....	10
	11.12 SUTURA	10
	11.13 FINE IMPEGNO ANESTESISTA	10
	11.14 USCITA DEL PAZIENTE DALLA SALA OPERATORIA	10
	11.15 USCITA DEL PAZIENTE DAL COMPARTO OPERATORIO	10
	11.16 REFERTAZIONE DELL'ATTO CHIRURGICO.....	11
	11.17 TEMPI DI "CAMBIO PAZIENTE"	11
12	RISPETTO DEL REGOLAMENTO	11
	12.1 GESTIONE DELL'ATTIVITÀ OPERATORIA IN CASO DI CRITICITÀ	12
13	PRODUZIONE ALLEGATI SPECIFICI DI COMPARTO	12
14	STRUMENTI DI REGISTRAZIONE	12
15	LISTA DI DISTRIBUZIONE	12

Gruppo di redazione:

U.O. Igiene e Organizzazione Ospedaliera: Direttore Fabrizio Niccolini, Sara Franchi, Vega Ceccherini, Francesca Lofiego, Ngoyi Ngongo Kypa, Chiara Neri, Andrea Mercatelli, Matteo Tomaiuolo
U.O. Direzione Operativa: Laura Volpi.

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Natalia Lombardi	U.O. Direzione Operativa	10/11/2021	Emesso per via informatica
VERIFICA	Benelli Manuela	U.O. Accreditamento Qualità e Risk Management	12/11/2021	Emesso per via informatica
APPROVAZIONE	Maria Teresa Mechi	Direttore Sanitario		
EMISSIONE	Rocco Donato Damone	Direttore Generale		



1 INTRODUZIONE E SCOPO

Il presente regolamento di organizzazione dei comparti operatori (CO) dell'AOU Careggi, prende in considerazione i differenti percorsi clinico-assistenziali peculiari delle diverse discipline ed ha lo scopo di:

- definire le regole generali di funzionamento del CO per rendere ottimale il tempo di utilizzo della sala operatoria attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione preoperatoria del paziente;
- l'impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche assegnate al CO;
- individuare i ruoli di coordinamento clinico-organizzativo, quale diretta emanazione della Direzione Sanitaria, nella gestione ordinaria delle attività chirurgiche e nella gestione degli eventi straordinari;
- definire chiaramente le modalità di accesso alla sala operatoria in regime di emergenza e urgenza;

Il valore economico della risorsa "sala operatoria" è uno dei più onerosi per l'azienda e l'importanza strategica che una sua gestione corretta permetta di rendere ottimale la performance globale dell'iter di cura del paziente, rende tale regolamento la guida per il corretto e consapevole uso dei CO e ricopre la funzione fondamentale di garantire e di sostenere costi adeguati alla qualità del servizio erogato.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento è applicato da medici, infermieri, TSRM, tecnici perfusionisti, ostetriche, OSS e altro personale coinvolto nelle attività elettive e in urgenza-emergenza nei comparti operatori dell'AOU Careggi, nonché da qualsiasi altra figura che accede ai comparti operatori previa autorizzazione.

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

3 RIFERIMENTI

- "Patto per la salute 2014-2016", seduta della conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. Atti 82/CSR)
- "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015" approvato con Del. 5 novembre 2014, n. 91
- Procedura P/903/147 "Gestione del percorso chirurgico elettivo" e M/903/P147-A "Proposta di intervento chirurgico"
- Procedura P/903/159 "Valutazione preoperatoria in chirurgia di urgenza" e relativa scheda M/903/P159 "Charlson Comorbidity Index e MEWS"
- Procedura P/903/63 "Competenze prescrittive, modalità di compilazione e gestione delle prescrizioni mediche di prestazioni correlate al ricovero", par. 8.1 "Preospedalizzazione"
- Procedura P/903/02 "Procedura gestione della documentazione sanitaria" par. 7.2 "Registrazione registro di sala operatoria"
- D/903/01 "Regolamento per l'uso della divisa"
- Procedura P/903/69 "Procedura per la corretta identificazione dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, del sito chirurgico e della procedura" e relativa scheda M/903/P69a
- Procedura P/903/60 "Procedura prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale nel sito chirurgico"
- Check list chirurgica regionale Mod 112(QVIP)
- Mod. 820 "Registro dei Dispositivi Medici Impiantati o Utilizzati su paziente"
- Procedura P/903/134 "Accesso temporaneo al comparto operatorio del personale non assegnato: modalità e norme di registrazione" e registro presenze M/903/P134-A, regola le modalità di richiesta di accesso e registrazione di chi accede temporaneamente a tutti i comparti operatori aziendali
- Procedura D/903/80 "Regolamento gestione attività di chirurgia d'urgenza/emergenza"
- Procedura P/903/08 "Emergenze cliniche in aouc - gestione"
- Procedura P/903/56 "Urgenze cliniche - assistenza anestesiológica-rianimatoria"



- Procedura P/903/74 “Gestione del paziente traumatizzato”
- Procedura P/903/P177 Rev. 0 “Profilassi antibiotica nel paziente chirurgico”;

4 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Emergenza:** necessità di intervento chirurgico immediato.
- **Urgenza:** necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo che da l'indicazione all'intervento, coordinandosi con il medico anestesista in regime di urgenza e contestualmente alla stessa. Il tempo di norma non dovrà superare le 3 ore. Sono riferite all'urgenza le attività di prelievo di organi e tessuti e di trapianto.
- **Elezione o programmata o chirurgia elettiva o chirurgia programmata:** necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo tramite l'assegnazione di una della classi di priorità chirurgica ministeriali.
- **PIC:** Proposta di Intervento Chirurgico (M/903/P147-A).
- **PO:** Preospedalizzazione, intesa come la fase di inquadramento anestesilogico preoperatorio secondo l'ambito le modalità e i limiti previsti dalla procedura P/903/63.
- **TSRM:** Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.
- **DMI:** Dispositivi Medici Impiantabili.
- **Cartella ambulatoriale informatizzata:** software di ambulatorio e percorsi preoperatori.
- **Cartella clinica informatizzata:** software di reparto e ricovero.
- **Registro operatorio informatizzato:** software di sala operatoria comprendente funzioni di composizione di note operatorie settimanali e giornaliere.
- **Equipe chirurgica:** è composta da chirurghi, anestesista e infermieri e può essere integrata, in funzione della specialità da medici di altre discipline, perfusionisti, TSRM o altro personale tecnico.
- **Lista di attesa:** elenco dei pazienti in attesa di intervento chirurgico nei setting ambulatoriale, day surgery, ordinario e in regime sia di libera professione che istituzionale.
- **Nota Operatoria:** elenco dei pazienti da operare con dettagli essenziali per una corretta gestione dell'atto chirurgico e dell'eventuale ricovero. Può essere settimanale se descrive la programmazione degli interventi elettivi dal lunedì al venerdì o al sabato ove previsto, oppure giornaliera se descrive la programmazione degli interventi elettivi e/o urgenti da svolgere in un giorno specifico.
- **ORM:** Operating Room Management.
- **PACU:** post anestesia care unit
- **Recovery Room:** Area di Recupero PostAnestesilogico (Recovery Room, RR). Zona logisticamente inserita nell'ambito di un Blocco Operatorio, o nelle immediate vicinanze dello stesso, dotata di personale qualificato e attrezzature idonee al monitoraggio e trattamento postoperatorio dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, eventualmente anche in regime di day surgery
- **Seduta Lunga:** si svolge nell'intero range di apertura comparto 7:00- 20:00;
- **Seduta Corta:** si svolge nel range di apertura comparto in orario solo mattutino o solo pomeridiano;
- **TI:** terapia intensiva.
- **SI:** terapia subintensiva.
- **Tc:** tempo chirurgico, delta tra orario di incisione e orario di sutura indicati nel referto di sala
- **Ta:** tempo anestesilogico, delta tra orario di inizio procedure anestesilogiche e orario di fine delle stesse indicati nel referto di sala
- **Tsala:** tempo di sala, delta tra orario di ingresso del paziente nella sala e orario di uscita indicati nel referto di sala



5 PERSONALE

Il personale non medico afferisce al Dipartimento delle Professioni Sanitarie attraverso la Piattaforma operativa Blocchi operatori.

Il personale medico afferisce attraverso le SOD ai Dipartimenti Clinici.

La descrizione dettagliata del personale afferente per ciascun Comparto Operatorio sarà oggetto di specifica nel documento degli ORM.

6 TECNOLOGIE, MATERIALI E SPAZI

Tutte le risorse tecnologiche e strumentali presenti all'interno dei blocchi operatori sono ad uso comune, ad esclusione degli strumenti e apparecchiature ultraspecialistiche dedicate a particolari procedure chirurgiche.

7 COORDINAMENTO ORGANIZZATIVO - OPERATING ROOM MANAGEMENT (ORM)

Il coordinamento organizzativo di ogni comparto operatorio si realizza mediante l'Operating Room Management (ORM) che attua gli indirizzi della Direzione Operativa.

7.1 COMPONENTI DELL' OPERATING ROOM MANAGEMENT E FUNZIONI

L' Operating Room Management (ORM) è composto da:

- **Gestore del Percorso Chirurgico:** è individuato dalla Direzione Operativa e vi afferisce funzionalmente;
- **Coordinatore Clinico:** è un medico individuato, di concerto con il Direttore del DAI Anestesia, dalla Direzione Operativa, cui afferisce funzionalmente;
Per il solo Comparto DEAS tale referente verrà individuato di concerto con il Direttore del DAI Neuromuscoloscheletrico e degli Organi di Senso e le forme di integrazione tra le varie professionalità operanti nell'ambito dell'urgenza (vedi oltre) definite, in fase di attuazione, all'interno di un allegato al presente regolamento da parte dei componenti dello specifico ORM
- **Coordinatore Infermieristico:** corrisponde alla figura del Coordinatore infermieristico di comparto operatorio ove non diversamente disposto e afferisce alla Piattaforma Produttiva Blocchi Operatori.

I componenti hanno l'obbligo di individuare sostituti in loro assenza così da garantire l'integrità e la funzionalità dell'organo di governo.

Nello specifico per ciascun componente si prevedono le principali responsabilità e compiti:

- **Gestore del Percorso Chirurgico**, garantisce la corretta programmazione delle attività e delle risorse per realizzare l'attività chirurgica:
 - a. Monitora e controlla la congruità degli spazi operatori assegnati alle singole SOD con l'esigenza di erogare una risposta adeguata;
 - b. Struttura con la Direzione Operativa adeguati indicatori di processo e di monitoraggio del rispetto del regolamento; collabora all'elaborazione e ne controlla l'andamento, procedendo a segnalare tempestivamente situazioni non conformi alla Direzione Operativa.
 - c. Valuta che i piani operatori effettivi garantiscano:
 - 1) adeguata saturazione delle sedute assegnate,
 - 2) minimizzazione degli sforamenti,
 - 3) produzione delle note operatorie tempestiva e conforme.Ne comunica l'esito alla Direzione Operativa.
- d. Coordina la valutazione dell'ORM sull'attuabilità delle richieste dei Direttori SOD per sedute operatorie ulteriori a quelle stabilite e riferisce il parere alla Direzione Operativa. Le richieste potranno essere fatte per

garantire il rispetto dei tempi di attesa o a compensazione della sospensione di sedute per la gestione di casistica urgente.

- B) Il **Coordinatore Clinico**, garantisce che le attività giornaliere si svolgano secondo quanto previsto dal presente regolamento:
- Coordina la verifica della congruità delle note operatorie settimanali e con gli spazi assegnati e le risorse disponibili, avvalendosi del supporto degli altri componenti dell'ORM, del personale responsabile dello strumentario e dei coordinatori delle professioni sanitarie (TRSM, perfusionisti, ostetriche, ecc.) e fa sì che vengano apportati eventuali correttivi sia nei contenuti che nel sequenziamento delle attività;
 - Assicura il regolare svolgimento delle sedute operatorie elettive giornaliere coordinando le azioni correttive necessarie ai piani concordati. Il parere del Coordinatore Clinico è vincolante;
 - Riceve le richieste di intervento chirurgico in urgenza-emergenza; in caso di contemporaneità e di interferenza con i programmi elettivi valuta, assieme ai chirurghi proponenti, le relative priorità e ne definisce la sequenza. Per il solo comparto operatorio del DEAS il Coordinatore Clinico Emergenza/Urgenza riceve le richieste di intervento chirurgico in urgenza-emergenza. In caso di contemporaneità valuta insieme al chirurgo generale di turno per la Chirurgia di Urgenza le relative priorità; tale valutazione è vincolata al parere del chirurgo generale di turno per la Chirurgia d'Urgenza. In caso di interferenza con i programmi di chirurgia elettiva il Coordinatore Clinico Attività di Elezione valuta la richiesta del Coordinatore Clinico Emergenza-Urgenza e procede, laddove necessario, alla rimodulazione delle attività di elezione.
- C) Il **Coordinatore Infermieristico**, ai fini del regolamento, coordinandosi con le altre figure dell'ORM, oltre agli altri compiti propri del ruolo assegnato, svolge le seguenti funzioni:
- presidia la manutenzione di locali, apparecchiature, attrezzature e strumentario;
 - gestisce i processi di sanificazione degli ambienti, garantendone la standardizzazione dei tempi di esecuzione, nonché la disinfezione e sterilizzazione dello strumentario, garantendone un corretto utilizzo;
 - predispone la turnazione del personale di Comparto all'interno di ciascuna delle sale operatorie e nei servizi di supporto; dispone eventuali variazioni necessarie; si relaziona con i rispettivi coordinatori per la turnazione del personale tecnico non direttamente assegnato (perfusionisti, ostetriche, TSRM...);
 - in caso di criticità organizzativa, attiva il responsabile di piattaforma al fine di reperire le risorse necessarie;
 - organizza e coordina gli approvvigionamenti dei materiali di consumo e predisposizione dello strumentario e delle apparecchiature previste in nota operatoria;
 - controlla la corretta tenuta e compilazione del registro degli stupefacenti (carico e scarico) di concerto con i Direttori SOD di Anestesia e Rianimazione (firma delle singole pagine del registro);
 - controlla la corretta tenuta del Registro dei dispositivi medici impiantati o utilizzati sul paziente;
 - applica il regolamento di accesso alle sale operatorie e gestisce la conservazione delle richieste di autorizzazione all'accesso e la corretta tenuta del Registro presenze temporanee;
 - raccoglie, pone all'esame dell'ORM e archivia tutte le proposte d'intervento d'urgenza/emergenza e le altre autorizzazioni di accesso;
 - garantisce corretta custodia del Registro di sala operatoria.

7.2 FUNZIONI DELL'ORM

L'ORM è l'organo di governo e controllo quotidiano dell'attività chirurgica ed ha le seguenti funzioni:

- Gestione generale delle attività** del Comparto Operatorio finalizzata a:
 - Verifica e validazione delle note operatorie elettive sia settimanali che giornaliere prodotte nel registro operatorio informatizzato.

Le note settimanali, dovranno essere validate e stampate dal registro operatorio informatizzato e affisse negli spazi preposti dopo le seguenti verifiche:

 - congruità con i tempi di attività delle sale, per un utilizzo ottimale delle sedute;
 - compatibilità temporale relativamente alla disponibilità delle risorse umane e tecnologiche presenti;



- concomitanza di più interventi che richiedono le medesime attrezzature e/o strumentari;
- compatibilità dei piani con le risorse necessarie al post operatorio (degenza ordinaria, terapia sub intensiva e terapia intensiva).

Le note giornaliere, vengono controllate anche nell'aderenza alla nota settimanale.

Qualora le verifiche rilevino incongruenze, sentiti i responsabili delle SOD interessate, l'ORM attua le necessarie modifiche alla nota operatoria direttamente sul registro di sala operatorio informatizzato. Il parere dell'ORM è vincolante.

Le note modificate, dovranno essere validate e stampate dal registro operatorio informatizzato e affisse negli spazi preposti.

- b) Coordinamento delle attività chirurgiche in emergenza urgenza;
- c) Gestione delle azioni programmatiche connesse alla variazione stagionale delle attività e alle variazioni nella distribuzione delle sedute operatorie, secondo le linee di indirizzo della Direzione Operativa;
- d) Gestione delle criticità tecnologiche, organizzative o cliniche che rendano necessaria una improvvisa riduzione o diversa programmazione delle attività operatorie elettive in una o più sale operatorie;
- 2) **Verifica del rispetto dei principi contenuti nel regolamento** e applicazione dei provvedimenti conseguenti;
- 3) **Monitoraggio dei dati di attività:**
 - a) rispetto degli orari di avvio e termine delle sedute, segnalando ai Direttori DAI e SOD le sedute che terminano anticipatamente o tardivamente rispetto alla programmazione;
 - b) rispetto dei tempi previsti di preparazione paziente in sala operatoria;
 - c) frequenza, per disciplina e SOD, di richiesta di accesso alla sala operatoria in emergenza e urgenza, in relazione alle indicazioni e al timing formalizzati dal chirurgo proponente;
 - d) frequenza di sospensione delle attività elettive per sopraggiunta urgenza o emergenza.
- 4) **Proposta di azioni di miglioramento** dell'efficienza chirurgica da indirizzare alla funzioni aziendali descritte al paragrafo 7.3, competenti sui singoli aspetti da migliorare.

7.3 SISTEMA DI RELAZIONI DELL'ORM

L'ORM si relaziona soprattutto con le seguenti funzioni aziendali:

- 1) Direzione Sanitaria, anche tramite la SOD Igiene e Organizzazione Ospedaliera, che fornisce indicazioni sulla conduzione delle attività chirurgiche quanto agli aspetti igienico sanitari;
- 2) Direzione Operativa, in accordo con il Responsabile di Piattaforma operativa Blocchi operatori, assegna e distribuisce le risorse umane e tecnologiche e sovrintende all'organizzazione delle attività, in aderenza con la normativa del percorso chirurgico;
- 3) Direzioni di SOD chirurgiche che, tramite i propri referenti, propongono la programmazione delle note operatorie e presentano le richieste di intervento chirurgico in urgenza e emergenza;
- 4) Coordinamento Locale alla donazione e prelievo di organi e tessuti;
- 5) Trauma Team, per la gestione del paziente con trauma maggiore.

8 ORARI DI ATTIVITÀ

L'apertura del comparto operatorio per lo svolgimento dell'**attività programmata** è stabilita **dalle ore 7:00 alle ore 20:00**, dal lunedì al venerdì e, in alcune sale secondo pianificazione aziendale, anche il sabato.

La composizione della nota operatoria dovrà garantire il rispetto di tale orario.

L'ora di inizio impegno anestesista del primo paziente della seduta dovrà essere entro le ore 7:15 per le sedute mattutine o lunghe e entro le 14:15 per le sedute pomeridiane.

L'orario di uscita dell'ultimo paziente dal comparto operatorio deve avvenire entro le 19.30.

Si rimanda agli allegati di ogni comparto il dettaglio delle discipline che, per loro caratteristiche specifiche, possono attuare comportamenti differenti.



L'attività in **urgenza-emergenza** ha luogo **sulle 24 ore**, tutti i giorni compreso i festivi.

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

9 ATTIVITÀ PROGRAMMATA

La programmazione è effettuata dai Direttori SOD nell'ambito delle sedute operatorie assegnate dall'ORM alle SOD secondo le linee di indirizzo della Direzione Operativa.

Nella programmazione, i Direttori SOD, che possono avvalersi di referenti formalmente delegati, devono tenere conto di:

- a) tempi di impegno chirurgico in senso stretto (incisione-sutura);
- b) tempi di preparazione paziente, sanificazione e ripristino della sala, tempi di posizionamento, tempi anestesiológicos, presumibili secondo esperienza per quel tipo di intervento e per quello specifico paziente, anche attingendo ai dati della PIC e del fascicolo di PO;
- c) tempi di trasferimento previsti per il paziente che eventualmente viene condotto con anestesista in TI o subintensiva extrapadiglione: l'anestesista, o lo specializzando in anestesia, che accompagna il paziente non è immediatamente disponibile per il successivo intervento;
- d) vincoli connessi alla disponibilità delle apparecchiature e dello strumentario monouso e pluriuso e ai tempi di ricondizionamento di questi ultimi;
- e) attività chirurgiche, non da lista di attesa chirurgica, da effettuare in tempi rapidi, entro 48/72 ore per le quali riservare quota adeguata degli spazi operatori elettivi assegnati. Ad esempio traumi o pazienti ricoverati per altra ragione che a seguito di una consulenza specialistica necessitano di intervento in continuità di ricovero;
- f) segnalare la necessità della presenza di personale SPECIALIST come indicato in D/903/83, Ed. 2, Rev. 2.

9.1 PRESENTAZIONE DELLA NOTA OPERATORIA ELETTIVA

Dovrà essere prodotta una nota operatoria settimanale e validata da ciascun Direttore SOD o suo delegato e consegnata all'ORM nei tempi concordati e diffusa a tutti i soggetti coinvolti nel processo di esecuzione del ricovero con intervento elettivo.

Modifiche necessarie a ciascun quadro giornaliero di programmazione dovranno essere comunicate da ciascun Direttore SOD o suo delegato all'ORM nei tempi stabiliti e diffuse a tutti i soggetti coinvolti nel processo di esecuzione del ricovero con intervento elettivo.

10 ATTIVITÀ DI EMERGENZA E URGENZA

Per intervento in urgenza si intende un intervento che deve essere eseguito entro un determinato limite temporale.

Esistono due livelli di rapidità di intervento, discrezionali e definiti dal chirurgo:

- **Emergenza:** necessità di intervento chirurgico immediato.
- **Urgenza:** necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo che pone l'indicazione all'intervento, coordinandosi con il medico anestesista in regime di urgenza e contestualmente alla stessa. Il tempo di norma non dovrà superare le 3 ore. Sono riferite all'urgenza le attività di prelievo di organi e tessuti e di trapianto.



10.1 PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA INTERVENTO IN EMERGENZA/URGENZA

La richiesta di esecuzione dell'intervento in regime di emergenza/urgenza deve SEMPRE essere formulata attraverso l'apposito modulo per l'urgenza M903_D154B_ richiesta utilizzo della sala operatoria in emergenza-urgenza, compilato dal chirurgo che pone indicazione all'intervento*.

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, specificando in particolar modo il livello di emergenza/urgenza, e consegnato al Coordinatore Clinico dell'ORM che si confronta con il Coordinatore Infermieristico per la valutazione della fattibilità in termini di spazi e personale disponibili. Se la valutazione è positiva, il Coordinatore Infermieristico del comparto operatorio avvisa il chirurgo proponente e predispone l'allestimento della sala.

In caso di indisponibilità di risorse (spazi e/o personale) il Coordinatore Clinico stabilisce quali attività elettive sospendere ed il suo parere è vincolante.

***Solo per il comparto operatorio Deas, il cartaceo è sostituito dal modulo informatizzato da compilare in Archimed**

10.2 ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA IN EMERGENZA/URGENZA

L'attribuzione della sala per urgenza/emergenza deve essere effettuata secondo i seguenti criteri:

1. Se è un'emergenza, la prima sala del comparto disponibile;
2. Se è un'urgenza e la SOD ha almeno una sala attribuita, deve essere usata quest'ultima;
3. Se è un'urgenza e la SOD non ha alcuna sala attribuita, deve essere usata la sala delle urgenze o in sua mancanza la prima sala che si renda disponibile.

Qualora l'esecuzione dell'urgenza abbia determinato sospensione di attività programmata da parte di altra SOD, quest'ultima potrà recuperare il tempo di sospensione in una successiva seduta programmata della SOD che ha effettuato l'urgenza.

In caso di criticità decisionali sulla seduta da sospendere e/o sulla riprogrammazione delle sedute, sarà vincolante il parere dell'ORM.

11 SVOLGIMENTO DELLE SEDUTE OPERATORIE

Si descrivono di seguito le modalità di svolgimento delle sedute operatorie elettive. Tali modalità sono da applicare anche all'attività in emergenza-urgenza, con l'esclusione dei tempi di avvio della sala e della preparazione del paziente in reparto, quando il paziente arriva in sala direttamente dal PS.

11.1 PREPARAZIONE PAZIENTI NELLE DEGENZE

Il personale infermieristico e OSS delle degenze, per quanto di competenza e possibilmente con congruo anticipo:

- Verifica la completezza della documentazione clinica assicurandosi in particolar modo che i consensi informati siano presenti e firmati da tutte le parti (entro le ore 7.15 per il primo paziente della mattina);
- Compila la Check List chirurgica nella parte di competenza del reparto;
- Somministra la terapia eventualmente prescritta (es per patologie cardiovascolari e neurologiche);
- Controlla che il paziente presenti gli accessi vascolari richiesti e, in caso negativo, provvede a posizionare quelli di propria competenza;
- Accerta l'avvenuta igiene personale;
- Eseguisce la tricotomia o, se già effettuata dal paziente, ne verifica la conformità;
- Dota di camice in TNT il paziente, che deve indossarlo prima di essere accompagnato in sala;

Consegna al personale addetto al trasporto la documentazione sanitaria cartacea (completa di STU e Check-list), fatti salvi i casi in cui è in uso la cartella clinica informatizzata, e i farmaci eventualmente prescritti per quel paziente (per gli antibiotici, in ottemperanza alla procedura "Profilassi antibiotica nel paziente chirurgico - D/903/P177-B"), che possono essere somministrati direttamente nel blocco operatorio;



-
- Verifica l'allestimento del letto per il rientro del paziente dalla sala operatoria, quando previsto.

11.2 VERIFICA CHE LA SALA OPERATORIA SIA PRONTA

È fatto obbligo al personale infermieristico addetto del blocco operatorio verificare che la sala sia pronta per l'ingresso del paziente e fruibile per gli atti anestesiológicos alle ore 7.15 per le sedute antimeridiane e alle ore 13.15 per le sedute pomeridiane, in caso di anestesia generale, o chirurgici.

In particolare, in conformità a quanto previsto nella "checklist di sala operatoria", devono essere realizzate le seguenti circostanze:

- (infermiere) Set chirurgici e materiale sterile a disposizione in sala operatoria e pronti per l'intervento;
- (infermiere) Presidi elettromedicali e tecnologici presenti in sala operatoria, testati ed efficienti;
- (infermiere) Farmaci e presidi per l'anestesia predisposti.

L'orario in cui è ultimato l'allestimento della sala operatoria deve essere registrato nel registro operatorio informatizzato del paziente pianificato in entrata sulla sala.

11.3 TRASPORTO PAZIENTI PRIMI DELLA LISTA

I primi pazienti delle liste sono condotti al Comparto Operatorio dal personale addetto al trasporto alle ore 7.15 per le sedute antimeridiane e alle ore 13.15 per le sedute pomeridiane.

All'arrivo nel comparto i pazienti sono presi in carico dall'infermiere e dall'anestesista.

11.4 AVVISO PREPARAZIONE PAZIENTI SUCCESSIVI NELLE DEGENZE

L'**anestesista** addetto alla seduta operatoria, sentito il chirurgo, con il necessario anticipo previsto dalla specialità e comunque **almeno 20 minuti prima** del trasporto del paziente successivo, incarica l'infermiere di sala di avvisare telefonicamente il personale della degenza e settore indicati sulla lista operatoria, specificando nome, cognome e patologia del paziente da trasferire in sala.

L'infermiere di sala attiva conseguentemente il personale addetto al trasporto per il trasferimento del paziente.

11.5 INGRESSO NEL BLOCCO

Il personale addetto al trasporto accompagna l'operando all'interno del blocco operatorio di norma fino allo spazio del passamalati, salvo diverse modalità organizzative descritte nel documento specifico del Comparto Operatorio redatto dall'ORM. L'anestesista e l'infermiere circolante prendono in carico il paziente, l'infermiere registra sul registro operatorio informatizzato il relativo orario e con l'anestesista inizia la procedura di preparazione all'anestesia.

11.6 PREPARAZIONE ANESTESIOLOGICA DEL PAZIENTE

L'inizio preparazione anestesiológica del paziente coincide con l'inizio di qualsiasi procedura eseguita personalmente dal medico anestesista in sala o presala e comprende anche il posizionamento del paziente.

In questa fase deve essere presente almeno un chirurgo della equipe indicata nella lista operatoria.

L'orario di inizio preparazione paziente deve essere indicato dall'anestesista nel registro operatorio del paziente.

11.7 FINE INDUZIONE

L'anestesista conclude la fase di induzione dell'anestesia. Tale fase si può svolgere sia prima che dopo l'ingresso in sala del paziente descritto al paragrafo 11.8.

L'anestesista indica l'orario in cui il paziente è pronto nel registro operatorio del paziente.



11.8 INGRESSO SALA OPERATORIA

Il paziente viene introdotto in sala operatoria.

L'infermiere inserisce l'orario sul registro operatorio informatizzato.

Dopo l'ingresso in sala potrebbe essere previsto il completamento della procedura anestesiologicala come descritto al paragrafo 11.7.

Anestesista ed infermiere provvedono a completare il posizionamento in sicurezza del paziente sul letto operatorio in funzione dell'intervento chirurgico a cui deve essere sottoposto.

11.9 COMPILAZIONE CHECK LIST

Tutto il personale preposto è responsabile della compilazione della sezione specifica della Check List chirurgica.

11.10 PREPARAZIONE CHIRURGICA

Iniziano le manovre indispensabili all'espletamento dell'intervento stesso ad esempio preparazione del campo operatorio, riduzione di frattura, ecc...

Alla conclusione dell'intervento, il chirurgo ne annota l'orario nel registro operatorio e controfirma le sezioni specifiche della Checklist di sala operatoria.

11.11 INCISIONE

Si procede all'avvio della procedura chirurgica con l'incisione.

Alla conclusione dell'intervento, il chirurgo ne annota l'orario nel registro operatorio e controfirma le sezioni specifiche della Checklist di sala operatoria.

11.12 SUTURA

Questo momento, solitamente identificato con la sutura, comprende anche quelle manovre non prettamente chirurgiche, ma indispensabili al completamento dell'intervento stesso, quali medicazioni, posizionamento di apparecchi gessati ed eventuale controllo radiologico.

Alla conclusione dell'intervento, il chirurgo ne annota l'orario nel registro operatorio e controfirma le sezioni specifiche della Checklist di sala operatoria.

11.13 FINE IMPEGNO ANESTESISTA

L'anestesista dichiara terminate le prestazioni di sua competenza sul paziente **in sala operatoria** e comunica che può essere trasferito fuori dalla sala. Anche dopo questo orario, nell'eventuale indisponibilità di posto letto di TI, l'anestesista continua ad assistere il paziente nella stessa sala operatoria, che resta indisponibile.

L'anestesista annota l'orario nel registro operatorio, indicando eventuali cause di ritardo del trasferimento del paziente.

11.14 USCITA DEL PAZIENTE DALLA SALA OPERATORIA

Il paziente esce fisicamente dalla sala operatoria. Salvo quelli destinati alla recovery room / PACU o TI, i pazienti sono condotti presso la zona di preparazione/risveglio.

L'infermiere segna l'orario nel registro operatorio.

11.15 USCITA DEL PAZIENTE DAL COMPARTO OPERATORIO

L'infermiere registra l'orario in cui il paziente esce dal comparto operatorio.



Nel caso di pazienti destinati alla TI l'infermiere avrà particolare cura nell'handover con i colleghi della TI.

11.16 REFERTAZIONE DELL'ATTO CHIRURGICO

Chirurgo, anestesista e infermiere responsabili dell'immissione di orari e di altre informazioni obbligatorie per il registro operatorio devono averne concluso la compilazione al massimo entro l'uscita del paziente dal comparto. Prima dell'uscita del paziente dal comparto il referto di sala operatoria deve essere stampato in doppia copia e sottoscritto. Una copia deve essere inserita nella cartella cartacea del paziente e una archiviata nel registro di sala.

Chirurghi, anestesisti e infermieri di equipe sono obbligati a garantire una tempestiva e completa compilazione delle parti di loro competenza a garanzia della validità della documentazione prodotta.

Il primo chirurgo è responsabile della corretta produzione e sottoscrizione del referto operatorio.

Se necessario, ciascuna figura professionale coinvolta nella compilazione del registro, potrà apporre modifiche alla propria parte di referto secondo le modalità previste dall'applicativo. Il referto eventualmente modificato deve essere stampato e sottoscritto.

Si evidenzia che l'applicativo consente modifiche entro e non oltre 48 ore dall'orario di uscita del paziente dal blocco operatorio: è effettuato un monitoraggio della frequenza di accadimento e delle figure responsabili dei referti incompleti.

11.17 TEMPI DI "CAMBIO PAZIENTE"

Il tempo di cambio paziente consta di una fase di ripristino della sala e una fase di avvio dell'intervento.

Il tempo di "ripristino della sala" inizia dal momento dell'uscita del paziente precedente dalla sala operatoria e termina al momento in cui la sala è pronta per l'ingresso del paziente successivo. La durata del ripristino può variare in funzione della tipologia di intervento, in ragione del variabile utilizzo di strumentario e apparecchiature.

L'obiettivo è di contenere il tempo di ripristino della sala entro i 30 minuti.

Il tempo di "avvio dell'intervento" inizia dal momento in cui la sala è pronta per l'ingresso del paziente e finisce con l'incisione. La durata dell'avvio intervento può variare in funzione della specialità e dell'intervento specifico.

L'obiettivo è di contenere il tempo di avvio dell'intervento entro i 30 minuti.

In ogni caso l'obiettivo generale dell'AOUC è di contenere la durata complessiva dei tempi di cambio paziente entro il limite massimo di 60 minuti. Tale limite può subire variazioni verso il basso in base alla disciplina e alla tipologia di intervento eseguito ed è soggetto a monitoraggio e valutazione da parte della Direzione Operativa.

12 RISPETTO DEL REGOLAMENTO

Tutto il personale che svolge attività o comunque accede al comparto operatorio è tenuto al rispetto del presente regolamento, delle procedure e istruzioni di lavoro adottate.

Tutte le non conformità dovranno essere segnalate a cura di uno o più membri dell'equipe oltre che dallo stesso ORM e registrate dall'Infermiere Coordinatore o suo delegato. Su richiesta, dovrà essere tutelata la riservatezza circa l'identità del segnalante. Periodicamente, e ogniqualvolta sia necessario, l'ORM riunisce i Direttori di SOD, i Coordinatori Anestesisti di specialità ed i professionisti coinvolti nelle "non conformità", per analizzare gli eventi al fine di:

- 1) rimuovere eventuali problematiche organizzative;
- 2) correggere i comportamenti non conformi.

Il verbale di questi incontri dovrà essere trasmesso ai partecipanti e, per conoscenza, a: Direttore Sanitario, Direttori e RSD dei DAI coinvolti, Direzione Operativa, Responsabile Piattaforma blocchi operatori.

A fronte di reiterate segnalazioni di mancato rispetto o grave mancanza saranno trasmesse alla Direzione Aziendale per le opportune valutazioni disciplinari.



12.1 GESTIONE DELL'ATTIVITÀ OPERATORIA IN CASO DI CRITICITÀ

In caso di prolungamento della seduta operatoria di una SOD oltre l'orario previsto che comporta l'insorgere di criticità per le sedute operatorie del giorno stesso o di quello successivo, sarà compito dell'ORM individuare le soluzioni più adeguate, evitando di penalizzare le altre SOD che operano nel comparto.

13 PRODUZIONE ALLEGATI SPECIFICI DI COMPARTO

Al momento dell'individuazione dell'ORM, i componenti hanno il compito di produrre specifici documenti organizzativi di applicazione del presente regolamento di comparto da pubblicare tra i documenti nel sito aziendale.

14 STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Nota operatoria **giornaliera** realizzata sul registro operatorio informatizzato
- Programmazione operatoria **settimanale** realizzata sul registro operatorio informatizzato
- M/903/D154-A: "Modulo di non conformità al regolamento del comparto operatorio"
- M/903/ D154-B: "Richiesta Utilizzo della Sala Operatoria in Emergenza-Urgenza"
- M/903/ D154-C: "Modulo cartaceo per referto in caso di guasto informatico"

15 LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direzione Sanitaria
- Direzione di Presidio
- Direzione Operativa
- Direttori e Staff DAI
- Direttori SOD
- Direttore Dip. Professioni Sanitarie
- Responsabile Piattaforme Produttive Dip .Professioni Sanitarie
- Infermieri Coordinatori delle AAA delle degenze chirurgiche
- Infermieri Coordinatori delle AAA dei comparti operatori
- Coordinatore TSRM
- Coordinatore Tecnici Perfusionisti