



REDAZIONE:			VERIFICA:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VISTO	DATA	FUNZIONE	VISTO	DATA	FUNZIONE	VISTO
	Programmazione Organizzazione e Controllo di Gestione (Dr. F. Stella)		26.03.15	Dir. Dipartimento Chirurgia, Anestesia e R. (G. Ramacciato)		26.03.15		
	Direzione Organizzativa Biechi Operatori (Dr. M. Galletta)		20.03.15	Dir. Dipartimento Organi di Senso (Prof. M. Barbato)		26.03.15		

Documento riservato alla circolazione interna. E' vietata la riproduzione esterna in tutto o in parte senza la preventiva autorizzazione scritta della Direzione



SOMMARIO

Art. 1 Premessa	pag.3
Art. 2 Fonti normative e regolamentari	pag.3
Art. 3 Finalità	pag.4
Art. 4 Ambito di applicazione	pag.4
Art. 5 Situazione logistico-strutturale e planimetria.....	pag.5
Art. 6 Responsabilità, funzioni e competenze.....	pag.6
Art. 7 Funzioni e competenze delle figure coinvolte.....	pag.7
Art. 8 Programmazione attività e tempi.....	pag.9
• Check-list perioperatoria	
• Lista operatoria	
Art. 9 Visita e valutazione anestesiologica preoperatoria.....	pag.14
Art. 10 Richiesta posto letto in terapia intensiva post-operatoria.....	pag.14
Art. 11 Disponibilità posto letto in terapia intensiva post-operatoria.....	pag.15
Art. 12 Interventi chirurgici in elezione	pag.15
Art. 13 Interventi chirurgici in emergenza/urgenza.....	pag.17
Art. 14 Documentazione sanitaria attività chirurgica	pag.19
• Verbale operatorio	
• Applicativo SoWeb	
Art. 15 Adempimenti dei medici in formazione specialistica (specializzandi)	pag.25
Art. 16 Attività infermieristiche	pag.25
Art. 17 Sterilizzazione.....	pag.26
Art. 18 Riprese video da parte di professionisti dell'azienda	pag.29
Art. 19 Partecipazione all'attività chirurgica di professionisti esterni	pag.29
Art. 20 Norme comportamentali	pag.29
Art. 21 Obiettivi e indicatori di qualità	pag.31
Definizioni e abbreviazioni	
Allegati	



Articolo 1 - Premessa

Le attività che si svolgono presso i blocchi operatori hanno come finalità l'efficacia dei trattamenti e come priorità assoluta la sicurezza del paziente e del personale sanitario coinvolto.

Il blocco operatorio eroga un servizio assistenziale multidisciplinare molto eterogeneo dove vengono fornite prestazioni sanitarie ad altissima complessità e che vede coinvolti diversi professionisti (chirurghi generali e specialistici, anestesisti, radiologi, radioterapisti, anatomo-patologi, medici trasfusionisti, neurofisiologi, medici specialisti in formazione, ingegneri biomedici, fisici sanitari, farmacisti, infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di circolazione extra corporea, tecnici di laboratorio biomedico e personale di supporto) che richiedono elevati standard professionali ed organizzativi per garantire l'esecuzione delle prestazioni con efficacia, efficienza, appropriatezza ed economicità.

Il Regolamento è lo strumento organizzativo di riferimento per tutti gli operatori direttamente coinvolti nelle attività di sala operatoria e riveste, pertanto, carattere vincolante. Sono tenuti al rispetto del Regolamento anche tutti coloro che indirettamente, con il loro lavoro, contribuiscono al buon funzionamento dei blocchi operatori (ad es: coordinatori infermieristici delle Unità operative (UU.OO) di degenza, *specialist* di prodotto, informatori, studenti, visitatori ecc.). L'attività operatoria viene svolta:

- ✓ Al blocco operatorio 1 (secondo piano) che si compone di otto sale operatorie;
- ✓ Al blocco operatorio 2 (primo piano seminterrato) che si compone di cinque sale operatorie, di cui una dedicata alle urgenze chirurgiche interne e da pronto soccorso con turnazione H24.

Il Regolamento definisce i ruoli, le responsabilità e i compiti delle diverse figure professionali coinvolte, individua le regole generali di attività dei blocchi operatori e disciplina i rapporti tra le Unità Operative che afferiscono ai blocchi operatori al fine di pianificare le attività secondo criteri di appropriatezza organizzativa, efficacia ed efficienza.

Articolo 2 - Fonti normative e regolamentari

- ✓ Circolare Ministeriale n.61 del 19 dicembre 1986
- ✓ Parere del Consiglio Superiore di Sanità in data 13/09/1995
- ✓ Circolare del Ministero della Sanità n° 900.2 del 14/03/1996.
- ✓ Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Ministero della Salute 2009
- ✓ Codice deontologico dell' Ordine dei Medici
- ✓ Codice deontologico del Collegio IPASVI
- ✓ Linee Guida ISPESL – Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro nel reparto operatorio. Dicembre 2009
- ✓ Procedura aziendale per la verifica della completezza della documentazione sanitaria costituente la cartella clinica e modalità per la sua integrazione P /919/74 – M/919/324
- ✓ Regolamento aziendale dell'attività assistenziale dei medici chirurghi in formazione specialistica – REG/919/08
- ✓ Decreto Ministeriale 739/94



- ✓ UNI EN 285
- ✓ Circolare Ministero della Salute del 14.6.98

Articolo 3 - Finalità

Il regolamento del blocco operatorio si pone come obiettivo il razionale, pieno ed efficiente utilizzo delle risorse dei blocchi operatori al fine di:

- ricondurre i diritti dell'assistito al centro delle procedure operative;
- raggiungere e mantenere standard operativi atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema;
- determinare le modalità gestionali ed organizzative più idonee al governo dell'attività dei blocchi operatori;
- ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali ed impiantistiche al fine di perseguire il raggiungimento di obiettivi di qualità, efficacia ed efficienza, ed economicità.
- programmare, espletare e garantire l'attività chirurgica
- pianificare attività di *auditing* e di miglioramento continuo.

Articolo 4 - Ambito di applicazione

Il presente documento è adottato da tutti gli operatori delle UU.OO. che direttamente ovvero indirettamente effettuano attività assistenziale presso i blocchi operatori sia in regime di ricovero urgente che programmato a ciclo continuo, a ciclo diurno ed ambulatoriale.

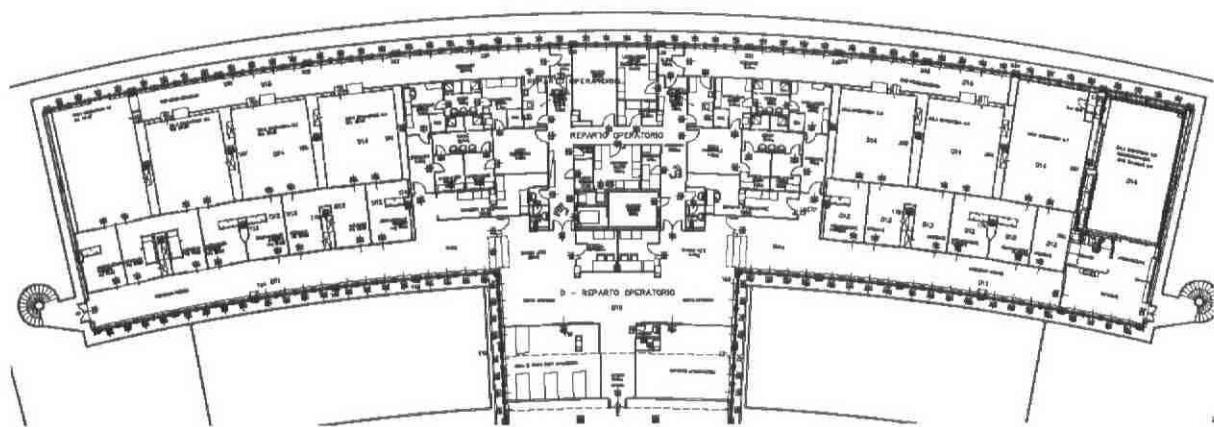
Il regolamento è stato presentato a tutti i Direttori di UOC/Responsabili di UOD chirurgiche, che hanno fornito suggerimenti ed hanno condiviso la stesura finale.



Articolo 5 - Situazione logistico-strutturale e planimetria

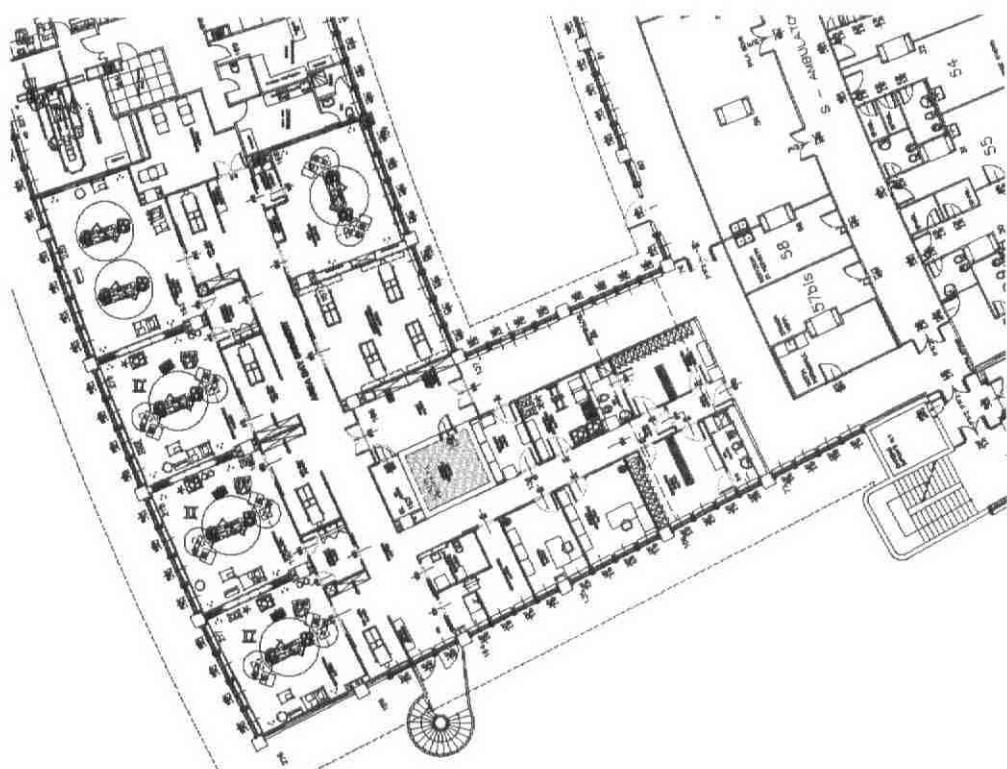
Blocco Operatorio 1 – secondo piano

Otto Sale Operatorie



Blocco operatorio 2 - Primo piano Seminterrato

Cinque Sale Operatorie





Articolo 6 - Responsabilità, funzioni e competenze

Il Responsabile della UOS DOBO, attivata con deliberazione n°408 del 26/11/2011, in collaborazione con i Direttori / Responsabili di UU.OO, un coordinatore anestesista, individuato dal direttore UOC Anestesia e Rianimazione, ed il Responsabile della PO di area chirurgica, ha le funzioni di:

- Predisporre il programma con l'attribuzione delle sedute operatorie
- Validare le liste operatorie giornaliere, in considerazione sia delle risorse disponibili (numero di unità del personale infermieristico, orari di attività delle sale operatorie, disponibilità apparecchiature, ecc.) che dei tempi di attività perioperatoria, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza di utilizzo del blocco operatorio, riducendo contestualmente i disagi a carico dei pazienti. Il raggiungimento di tali obiettivi (efficienza, qualità) verrà monitorato mediante il calcolo di un set di indicatori (ad es: orario medio inizio primo intervento, orario medio fine ultimo intervento, n. interventi rinviati per motivazione di rinvio, ecc.).
- Individuare i criteri clinici e organizzativi, condivisi con il Direttore/Responsabile di UU.OO., relativi alla priorità della sequenza degli interventi chirurgici nella seduta operatoria di assegnazione, da applicare sia nella fisiologica programmazione della lista operatoria, che nella ridefinizione quotidiana delle sedute operatorie in relazione alle assenze a qualsiasi titolo registratesi e/o all'imprevisto protrarsi di un intervento chirurgico in corso e/o alla necessità di inserire un'urgenza chirurgica al di fuori degli spazi operatori assegnati.

In linea puramente indicativa e non esaustiva, l'ordine di priorità cronologica nella sequenza degli interventi programmati nella lista operatoria giornaliera è il seguente:

1. Pazienti con allergia al lattice, ipertermia maligna, sensibilità chimica multipla ecc (pazienti in cui è prescritto il wash- out del ventilatore per non meno di dodici ore prima di effettuare un intervento chirurgico.)
2. Pazienti pediatrici con patologia neoplastica e benigna
3. Patologie neoplastiche o non neoplastiche ma con carattere di grave instabilità clinica
4. Interventi chirurgici in cui è prevista una durata complessiva superiore ai 240 minuti
5. Pazienti il cui intervento è stato già rinviato, atteso che la lista operatoria fosse stata congrua e validata e ci sia evidenziazione del rinvio dell'intervento. I pazienti rinviati verranno inseriti d'ufficio, nella fascia antimeridiana, della propria seduta operatoria, nel primo spazio operatorio utile
6. Interventi per patologia non neoplastica che abbiano richiesto una preparazione propedeutica all'intervento particolarmente disagevole per il paziente
7. Interventi chirurgici che per definizione sono da considerare "sporchi/contaminati" (devono essere inseriti in lista preferibilmente dopo gli interventi cosiddetti "puliti")



- Definire i criteri e le regole per l'assegnazione dello spazio/sedute operatorie ovvero la loro eventuale rinegoziazione che preveda di assegnare ulteriore spazio in sala operatoria in relazione ad indicatori oggettivi – peso medio, durata intervento, necessità di reintervento, esiti, ecc..
- Verificare i criteri di accesso alla sala operatoria legati alla attività didattica, alla presenza di personale medico esterno, di informatori farmaceutici, di specialisti di prodotto etc.

Articolo 7 - Funzioni e competenze delle figure coinvolte

Chirurgo

- Fornisce informazioni chiare e complete ai pazienti circa l'intervento chirurgico e le sue possibili complicatezze.
- E' responsabile della raccolta del consenso informato all'intervento chirurgico.
- Esegue l'intervento chirurgico e scrive, prima di uscire dal blocco operatorio, sul registro operatorio la descrizione dell'intervento di ogni campo utilizzando l'applicativo informatico SoWeb. Stampa due copie del verbale operatorio definitivo, ne consegna un originale al coordinatore infermieristico del blocco operatorio ed inserisce il secondo originale nella cartella clinica del paziente. I verbali operatori devono essere obbligatoriamente sottoscritti con timbro e firma.
- Nel caso in cui la procedura chirurgica e/o interventistica sia effettuata al di fuori dei blocchi operatori e non sia disponibile l'applicativo SOWeb, si utilizzerà il registro operatorio cartaceo tipo "Buffetti".
- E' responsabile dei controlli postoperatori dei pazienti (non in intubazione oro-tracheale) collocati in *recovery room* e fin tanto che sono presenti all'interno del blocco operatorio.
- Rispetta ed assicura l'applicazione di procedure/protocolli aziendali ove previsto.

Coordinatore Anestesista per le attività di sala operatoria

E' l'anestesista, cui è attribuito uno specifico incarico professionale contenuto nell'organigramma dell'Azienda oppure delegato dal Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, che ha le funzioni e le competenze necessarie per definire le risorse da assegnare ad ogni sala operatoria e vigilare, verificare ed assicurare la regolare attività anestesiologica di tutti gli interventi chirurgici. Collabora con l'équipe di sala operatoria ed i medici delle UU.OO. interessate alla risoluzione di problematiche inerenti l'indicazione e la disponibilità di posti letto in Terapia Intensiva postoperatoria. Verifica la coerenza della programmazione degli interventi operatori, come desunta dalle liste operatorie, prima della definitiva validazione da parte della Direzione Sanitaria.

Anestesista

- Effettua la valutazione preoperatoria del paziente, prendendo atto preliminarmente della precedente valutazione effettuata in preospedalizzazione / reparto.
- Fornisce informazioni chiare e complete ai pazienti circa l'anestesia e le sue possibili complicatezze.

- E' responsabile della raccolta del consenso informato all'anestesia.
- Compila la scheda anestesiologica, se tecnicamente possibile con l'applicativo SOWEB, ovvero in forma cartacea (mod....)
- Valuta il rischio anestesiologico pre-operatorio (ASA)
- Definisce il tipo di anestesia
- Esegue e monitorizza le procedure anestesiologiche (preparazione del paziente, durante e dopo l'intervento chirurgico)
- Controlla la fase di risveglio.
- Provvede al controllo e all'eliminazione del dolore nella fase post – operatoria.
- E' responsabile dell'invio del paziente dalla *recovery room* all'unità operativa di destinazione.
- E' responsabile dei controlli anestesiologici postoperatori dei pazienti in intubazione oro-tracheale in *recovery room* / sala operatoria nel caso in cui non ci sia disponibilità di posto letto in terapia intensiva
- Rispetta ed assicura l'applicazione di procedure/protocolli aziendali ove previsto.

Coordinatore/rice Infermieristico/a del Blocco Operatorio

Oltre a quanto previsto dalla JD/919/08:

- Predisponde i turni di lavoro del personale infermieristico e di supporto.
- Garantisce l'adeguato approvvigionamento, la custodia e la complessiva gestione del materiale sanitario (farmaci, presidi monouso e non ecc.).
- E' responsabile della corretta conservazione della documentazione clinica di sala operatoria (registro operatorio) e della gestione delle richieste (materiale protesico, impiantabile, monouso, strumentario, farmaci e presidi, modulistica per liste operatorie e registro delle urgenze).
- Verifica ed assicura il rispetto di protocolli e/o procedure aziendali
- Adotta soluzioni organizzative che consentano la *job rotation* del personale all'interno delle diverse sale operatorie per acquisire quella che viene definita "competenza professionale multipla".
- Promuove azioni a favore del clima organizzativo per migliorare il comfort lavorativo.

L'Infermiere di Sala operatoria

Svolge le proprie attività secondo quanto previsto dalle JD/919/01 e JD/919/03

L'Infermiere Strumentista di sala operatoria

Svolge le proprie attività secondo quanto previsto dalle JD/919/01 e JD/919/02

Operatore Tecnico addetto all' Assistenza (OTA) / Operatore Socio Sanitario (OSS)

Svolge le proprie attività secondo quanto previsto dalla JD/919/05

Ausiliario Specializzato addetto ai Servizi Socio Sanitari (AUSS)

Svolge la propria attività secondo quanto previsto dalla JD/919/06



Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Circolatoria

Svolge la propria attività secondo quanto previsto dalla JD/919/16

Tecnico di Radiologia Medica in sala operatoria generale e Brain Suite

Oltre a quanto previsto dalla JD/919/15:

in sala operatoria:

- pianifica la propria attività attraverso la visione delle liste operatorie che preventivamente vengono fornite tramite fax;
- verifica la funzionalità delle apparecchiature radio chirurgiche ed eventualmente le prepara all'utilizzo;
- verifica sul sistema informatico la richiesta di assistenza radiologica;
- indossa, ove previsto, i dispositivi di protezione individuale;
- in caso di richiesta di radiografia post-operatoria il TSRM scende al piano -1 in radiologia, accetta la richiesta di radiogramma sempre sul sistema informatico, prende la cassetta ed esegue l'esame in sala operatoria;
- al termine delle attività di sala operatoria, provvede a sistemare le apparecchiature utilizzate nelle sedi di sosta dedicate, verificando che siano in condizioni ottimali;

in brain suite:

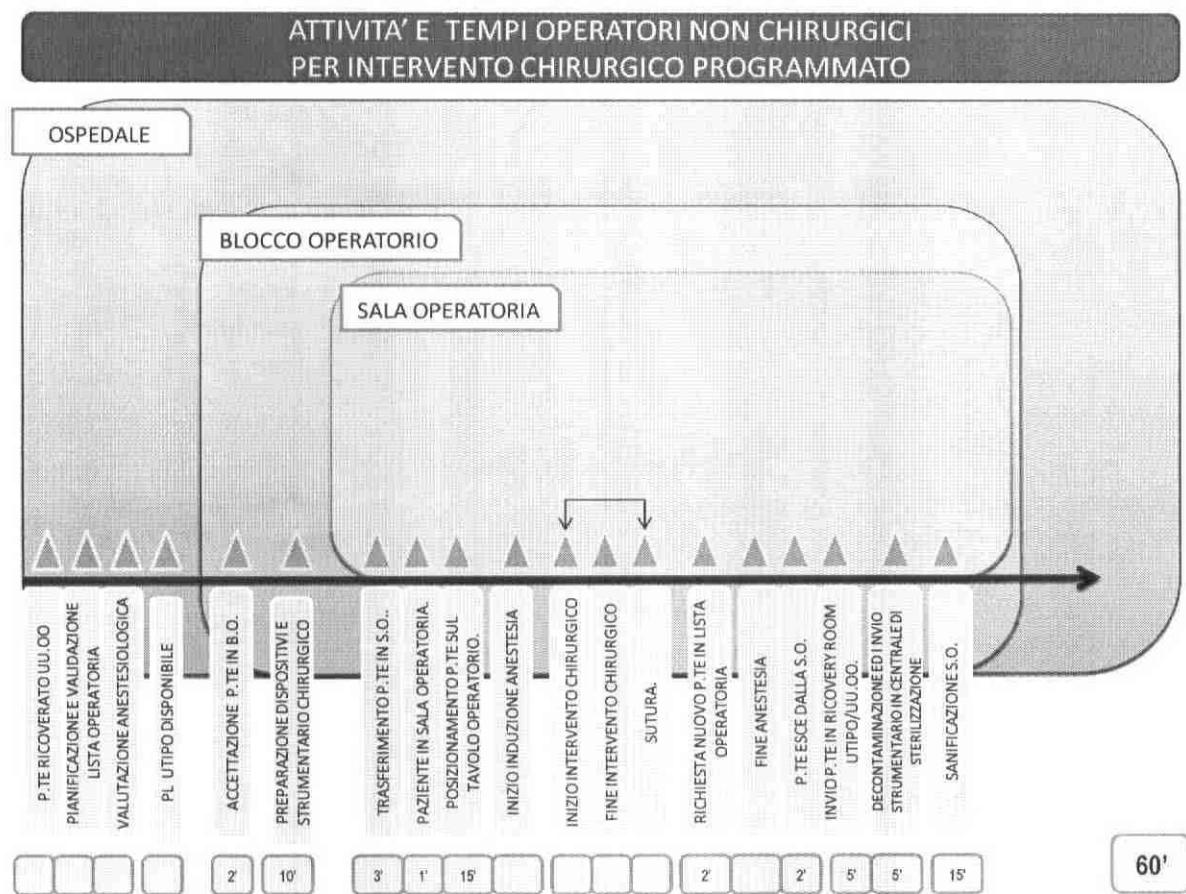
- verifica il corretto funzionamento del tavolo e della bobina di cui è direttamente responsabile
- verifica il corretto accesso di persone e materiali affinché non interferiscano con il campo magnetico, causando un blocco della risonanza magnetica presente.

Articolo 8 – Pianificazione attività e tempi

Per il buon funzionamento della sala operatoria, è necessario nella programmazione delle attività stimare con la maggior precisione possibile i tempi chirurgici, i tempi anestesiologici ed i tempi non chirurgici.

La figura 1 che segue si pone come obiettivo di rappresentare le diverse attività e i relativi tempi della gestione dell'intervento chirurgico all'interno del blocco operatorio. I **tempi non chirurgici** sono stimati mediamente in 60 minuti per ogni intervento. Oltre questi, devono essere considerati i **tempi anestesiologici** di induzione e risveglio / fine anestesia, che possono essere quantificati mediamente in 40 minuti, fatta eccezione per alcune tipologie di intervento (es. CCH, Brain Suite) che impegnano mediamente maggiore tempo anestesiologico. I **tempi chirurgici** sono dichiarati dal chirurgo operatore nella lista operatoria e devono includere anche i c.d tempi "macchina" (in caso di utilizzo di arco a C, risonanza magnetica, IORT, circolazione extracorporea, monitoraggio elettrofisiologico intraoperatorio). I tempi non chirurgici ed i tempi anestesiologici dovranno essere considerati per la compilazione della lista operatoria e la conseguente disponibilità di spazio operatorio.

Figura 1



Check List Perioperatoria

Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell'OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

L'impiego delle checklist di sala operatoria (M/919/254 codice centro stampa 949) è uno degli strumenti introdotti nei diversi sistemi sanitari con l'intento di garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza. *La checklist è parte integrante della documentazione sanitaria e deve essere inserita in cartella clinica.*

La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out), 20 item con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo.

Sign In

Quando: prima dell'induzione dell'anestesia



Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe e la compilazione a cura dell' infermiere di sala

- 1) il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi
- 2) conferma marcatura del sito di intervento
- 3) conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia
- 4) conferma posizionamento del pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento
- 5) identificazione rischi allergie
- 6) identificazione rischi difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione
- 7) identificazione rischio di perdita ematica

Time Out

Quando: dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica per confermare che i diversi controlli siano stati eseguiti

Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe e la compilazione a cura dell' infermiere di sala

- 1) si sono presentati tutti i componenti dell'équipe con il proprio nome e funzione
- 2) il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente - sede d'intervento - procedura - corretto posizionamento
- 3) criticità chirurgo
- 4) criticità anestesista
- 5) criticità infermiere
- 6) conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti
- 7) visualizzazione immagini diagnostiche

Sign Out

Quando: si svolge durante ovvero immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria

Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe e la compilazione a cura dell' infermiere di sala

- 1) conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione
- 2) conferma conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico
- 3) conferma etichettatura del campione chirurgico
- 4) conferma problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
- 5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria
- 6) conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso



Le figure professionali di cui all'art. 7 partecipano alla compilazione della check list perioperatoria secondo quanto riportato.

List Operatoria

Nelle more di implementare l'informatizzazione della lista operatoria e al fine di migliorare l'efficienza organizzativa e gestionale, è stato predisposto un nuovo modulo "lista operatoria" (mod. M/919/92 disponibile sull'intranet aziendale Archivio Documentale UO Qualità e accreditamento-organizzazione attività assistenziali-regolamentazione attività operatoria oppure archivio documentale Direzione Sanitaria – link a regolamentazione attività operatoria). La lista operatoria deve essere compilata in ogni sua parte ed eventuali campi non correttamente compilati verranno considerati incompleti e quindi la lista operatoria sarà considerata non validabile.

La lista operatoria è giornaliera e si compone di diversi campi che descrivono oltre ai dati anagrafici del paziente, diagnosi e tipologia di intervento, tempo previsto per lo svolgimento dell'intervento, lato intervento, tipo di anestesia, anche la necessità di posto letto in terapia intensiva. Nel campo "note/strumentario/dispositivi" dovranno essere indicati eventuali attrezzature richieste (es. microscopio, colonna per laparoscopia, arco a C, dispositivi medici, strumentario specialistico, monitoraggio elettrofisiologico perioperatorio ecc.).

Il Responsabile di UOC/UOS/UOD o dirigente medico delegato, è tenuto a predisporre ed inviare la lista operatoria degli interventi entro le ore 13 del giorno precedente tenendo conto dei criteri elencati al punto 7 del presente Regolamento.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta all'inserimento delle seguenti informazioni:

- Al "tempo previsto" per l'intervento chirurgico, dall'incisione alla sutura, si dovranno aggiungere anche tutte le attività cliniche – organizzative (figura 1) che sono direttamente ovvero indirettamente coinvolte nel processo assistenziale quantificabili in un tempo medio di 100 minuti:
 - SESSANTA MINUTI PER I TEMPI NON CHIRURGICI
 - QUARANTA MINUTI PER I TEMPI ANESTESIOLOGICI

Il tempo clinico – organizzativo (composto dal tempo non chirurgico e dal tempo anestesiologico) dovrà essere considerato all'atto della compilazione della lista; in caso contrario, verrà considerato ed inserito d'ufficio nella programmazione della seduta operatoria di competenza.

- Gli interventi in doppia équipe: le informazioni relative a tali interventi andranno specificate dettagliatamente utilizzando 2 o più righe della scheda, ognuna delle quali relativa alle singole fasi dell'intervento. Nello spazio "tempo previsto" andrà riportata la durata presumibile degli interventi delle singole équipes;
- La richiesta di emocomponenti.
- La disponibilità di predepositi ematici



- Nel caso in cui è prevista la richiesta di emocomponenti e/o predepositi ematici ecc. i Direttori/ Responsabili di UU.OO. devono inviare al servizio immuno – trasfusionale, numero di fax n° **5079**, le liste operatorie affinchè il servizio valuti la richiesta e la disponibilità. Dopo valutazione il servizio immuno – trasfusionale invierà all'UU.OO. richiedente ed al blocco operatorio di afferenza la disponibilità ovvero la non disponibilità degli emocomponenti e/o predepositi emmatici ecc. richiesti.
- Le attrezzature richieste: sono particolari attrezzature in aggiunta alla dotazione standard della sala (es. microscopio, colonna per laparoscopia, ecografo e carrello per la gestione delle vie aeree, ecc..)
- note: intese come richieste specifiche (es: tecnico di radiologia)
- codice di rischio infettivologico: atteso che tutti i pazienti devono essere considerati come potenzialmente infetti, il codice serve ad individuare pazienti con patologie infettive accertate. I codici dovranno essere inseriti nella parte dei dati anagrafici nel seguente modo:
 - ✓ Z nessuna patologia infettiva nota
 - ✓ Z1 malattie virali
 - ✓ Z2 altre patologie infettive non virali

Modalità di invio della lista operatoria

La lista operatoria, debitamente compilata, deve essere trasmessa al blocco operatorio di pertinenza ed alla Direzione Sanitaria entro e non oltre le ore 13.00 del giorno lavorativo antecedente quello della seduta operatoria. Per la seduta operatoria del lunedì la lista operatoria dovrà essere inviata entro le ore 13.00 del venerdì precedente.

Presso ciascun blocco operatorio il coordinatore infermieristico o suo delegato verifica la completezza dei dati richiesti ed il puntuale arrivo delle liste operatorie e predispone l'equipe infermieristica adeguata alla specialità chirurgica. Inoltre avrà cura di sollecitare l'inoltro delle liste nei tempi stabiliti, nel caso in cui non siano state inviate ovvero siano incomplete o illeggibili.

Valutazione e validazione della lista operatoria

Tutte le liste operatorie che pervengono ai blocchi operatori saranno sottoposte ad una valutazione di congruità da parte della UOS DOBO/Direzione Sanitaria, da un Dirigente Medico anestesista, appositamente individuato, e del Coordinatore infermieristico del B.O. di appartenenza.

La valutazione di congruità della lista attiene a:

- i tempi chirurgici dichiarati, considerando anche quelli tecnici clinico – organizzativi;
- la disponibilità di posto letto in UTIPO,
- la disponibilità di sangue e/o emoderivati
- l'ordine cronologico della seduta operatoria

Quando la lista operatoria è approvata l'equipe chirurgica si impegna al suo scrupoloso rispetto, comunicando e concordando, con opportuno preavviso, eventuali modifiche che dovessero rendersi indispensabili e necessarie;



List operatoria non validata

Quando la lista operatoria non è appropriata, sarà ritrasmessa alle UU.OO. entro le ore 14.00 del giorno lavorativo antecedente quello di effettuazione della seduta. Il responsabile dell'UU.OO. dell'equipe chirurgica dovrà contattare, nel più breve tempo possibile, il Responsabile della UOS DOBO o suo delegato, per le modifiche necessarie alla validazione della stessa.

Gli operatori responsabili della compilazione della lista operatoria dovranno utilizzare esclusivamente il format aziendale (M/919/92). Moduli diversi da quello ufficiale non saranno accettati.

Articolo 9- Visita e Valutazione Anestesiologica pre – operatoria

Tutti i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico in elezione, inclusi quelli preospedalizzati, devono effettuare la visita anestesiologica pre-operatoria, presso l'ambulatorio di anestesia e terapia del dolore situato al primo piano (**tel. 5514**) o in alternativa al letto del paziente. La visita anestesiologica pre – operatoria deve essere richiesta per tutti i pazienti ricoverati nelle UU.OO. attraverso il sistema Order – Entry ("Valutazione anestesiologica pre- operatoria - Cartellino anestesiologico-") nel momento in cui il paziente ha effettuato gli esami di laboratorio e diagnostici propedeutici all'intervento chirurgico. Nella consulenza anestesiologica devono essere eventualmente specificati gli esami di laboratorio e diagnostici necessari per il completamento della consulenza e **l'indicazione assoluta alla necessità del posto letto in terapia intensiva** post operatoria. La visita anestesiologica pre – operatoria deve essere effettuata entro 24 ore dalla richiesta (Codice Oredr Entry: ARVPO). La visita anestesiologica viene effettuata dal medico anestesista afferente al gruppo anestesiologico dedicato, individuato dal Direttore UOC Anestesia e Rianimazione.

I pazienti che non hanno effettuato la valutazione anestesiologica preoperatoria non possono essere inseriti nella lista operatoria e quindi essere sottoposti all'intervento chirurgico in elezione.

Dalle ore 14:00 del giorno precedente l'intervento chirurgico, le liste operatorie validate sono disponibili presso i blocchi operatori.

L'anestesista in fase di valutazione anestesiologica pre – operatoria valuta se la paziente abbia un sospetto di gravidanza; in caso affermativo deve predisporre il dosaggio ematico della Beta HCG preoperatorio ed il risultato deve essere controllato sia in sede di valutazione anestesiologica sia dall'anestesista di sala operatoria.

Articolo10 - Richiesta posto letto in terapia intensiva post operatoria (UTIPO)

L'anestesista che effettua la visita pre-chirurgica pone l'indicazione assoluta al posto letto in terapia intensiva dopo consultazione con il chirurgo operatore. L'indicazione è una competenza esclusiva dell'anestesista che valuta il rischio post operatorio. L'anestesista invierà il modulo di richiesta di posto letto alla terapia intensiva post operatoria entro le ore 17.30. Tale richiesta deve essere riportata anche nella lista operatoria.



Articolo 11 - Disponibilità posto letto in terapia intensiva post operatoria (UTIPO)

La disponibilità del posto letto in UTIPO verrà confermata dal medico anestesista in turno notturno ai Direttori/Coordinatori infermieristici delle UU.OO. di afferenza entro le ore 7.30 del giorno in cui è prevista la seduta operatoria.

Nel caso in cui il paziente in lista non possa essere operato per problemi "tecnico-logistici" (mancanza posto letto UTIPO, mancanza di emocomponenti ecc.) il medico in turno della terapia intensiva o suo delegato comunicherà al medico del reparto di ricovero ed ai C.I. del blocco operatorio interessato la mancanza di disponibilità del posto.

Il C.I. del blocco operatorio farà chiamare il successivo paziente programmato in lista operatoria.

I pazienti ricoverati in UTIPO per il decorso post operatorio conservano il posto letto della UU.OO. di provenienza per un massimo di 48 ore. Nel caso in cui il trasferimento dopo 48 ore non potrà essere effettuato per indisponibilità di posto dell'UOC che ha effettuato l'intervento verrà predisposto dal bad manager il blocco dei ricoveri programmati fino a quando il posto letto UTIPO non sarà di nuovo disponibile.

La cronologia della lista operatoria deve tenere conto dei seguenti criteri:

1. Il paziente che ha la disponibilità di posto letto in UTIPO verrà inserito d'ufficio come primo della lista operatoria di pertinenza nel giorno assegnato.
2. Nel caso in cui la disponibilità dei posti UTIPO sia inferiore a quella richiesta dalle unità operative si procederà all'assegnazione secondo la priorità:
paziente già rinviauto,
paziente pediatrico,
paziente con patologia vascolare maggiore/neoplasia maggiore,
paziente con patologia benigna maggiore.

Articolo 12 - Interventi Chirurgici in Elezione

L'attività chirurgica programmata in elezione viene espletata per i ricovero a ciclo continuo (ordinario e/o di one day surgery) ed viene abitualmente effettuata nelle sale operatorie che sviluppano la loro attività su 11 ore giornaliere (dalle ore 8.00 alle ore 19.00). La programmazione in elezione si articola in:

- l'inizio del primo intervento della giornata (ora di incisione) deve essere entro le 8.30
- l'ultimo intervento della giornata deve concludersi (ora di sutura) entro le 19.00
- dopo le ore 18.00 non potrà essere programmato nessun intervento chirurgico a meno che la durata della procedura chirurgica non sia inferiore a 45 (quarantacinque) minuti. Resta intenso che l'ora di inizio incisione chirurgica) deve avvenire entro e non oltre le ore 18.00.

In caso di seduta operatoria di 6 ore (8-14) l'attività chirurgica deve terminare entro le ore 13.30, per consentire il puntuale inizio della seduta pomeridiana successiva.



L'attività chirurgica programmata in elezione per i ricoveri a ciclo diurno e gli interventi ambulatoriali abitualmente viene effettuata nelle sale operatorie che sviluppano la loro attività su 6 ore giornaliere (dalle ore 8.00 alle ore 14.00). La programmazione in elezione si articola in :

- l'ora di inizio (ora di incisione) del primo intervento della giornata deve essere prevista entro le 8.30 del mattino
- l'ultimo intervento della giornata deve concludersi (ora di sutura) entro le 13.30

Inizio Attività chirurgica in Elezione

Nell'intervallo di tempo tra le ore 7.00 e le ore 7.15 il personale infermieristico e ausiliario entra in servizio, al fine di assicurare il completamento delle attività di pulizia e l'allestimento delle sale del Blocco Operatorio secondo la programmazione della lista operatoria. I Coordinatori Infermieristici (CI) dei reparti di degenza chirurgica sono tenuti a organizzare l'attività in modo da garantire l'invio al blocco operatorio del primo paziente in lista operatoria entro le 7.30.

Entro le ore 8.00 il chirurgo e l' anestesista strutturati assegnati alla sala operatoria devono essere presenti in sala, già lavati e pronti per iniziare le procedure chirurgiche e anestesiologiche.

Fine Attività chirurgica in Elezione

Gli interventi chirurgici devono essere programmati in modo da assicurare la conclusione delle procedure chirurgiche ed anestesiologiche entro le ore 19.00 e la successiva disponibilità della sala operatoria per consentire l'espletamento delle operazioni di pulizia/sanificazione e di riassetto e rifornimento dei dispositivi medici delle sale stesse.

Invio Paziente nella Recovery Room

Il paziente dopo la fase di risveglio in sala operatoria verrà condotto, se necessario a giudizio dell'anestesista, in *recovery room* per l'osservazione temporanea post operatoria. L'osservazione post operatoria rientra nelle competenze anestesiologiche, con la collaborazione del chirurgo dell'equipe operatoria e dell'infermiere assegnato.

Il dirigente medico anestesista che valuta il decorso perioperatorio dà il nulla osta al trasferimento dalla *recovery room* all'unità operativa di destinazione.

Il trasferimento del paziente all'unità operativa di destinazione verrà effettuato dal servizio centralizzato dei trasporti.

Invio del paziente in Area Intensiva (Terapia intensiva, Rianimazione ecc)

Quando necessario a giudizio dell'anestesista, il paziente dopo l'intervento chirurgico verrà condotto direttamente in area intensiva senza passare per la *recovery room*. Il trasporto avverrà con il personale dell'unità operativa di destinazione.



Articolo 13 - Interventi Chirurgici in Emergenza/Urgenza

Definizione Prima Urgenza chirurgica (interna o da Pronto Soccorso)

L'intervento chirurgico in emergenza/urgenza si definisce "prima urgenza" quando può essere immediatamente effettuato nella sala operatoria dedicata alle emergenze/urgenze in quanto non occupata da altri interventi chirurgici. Tali interventi possono riguardare pazienti che provengono da pronto soccorso ovvero pazienti ricoverati.

Tutte le "prime urgenze" (interne o da Pronto Soccorso) sono centralizzate presso la sala operatoria "D" del B.O. 2, piano S1.

Tale attività viene garantita in orario H24 con il personale medico ed infermieristico dedicato alle emergenze/urgenze chirurgiche, secondo le turnazioni in essere per la garanzia della continuità assistenziale.

Per garantire l'ottimale organizzazione della "prima urgenza" di sala operatoria, il chirurgo operatore in turno deve contattare il coordinatore infermieristico del BO 2 o chi ne fa le veci al numero telefonico **5711**.

Definizione di Seconda Urgenza chirurgica (interna o da Pronto Soccorso)

L'intervento chirurgico in emergenza/ urgenza si definisce "seconda urgenza" quando si rende necessario effettuarlo in contemporanea ad un altro intervento chirurgico urgente (prima urgenza) in emergenza/urgenza che si sta svolgendo nella sala operatoria dedicata - sala "D" del B.O. 2. Tali urgenze possono riguardare pazienti che provengono da pronto soccorso ovvero pazienti ricoverati.

In caso di urgenze contemporanee, la valutazione clinica di priorità viene effettuata dall'anestesista di guardia, in collaborazione con i chirurghi operatori direttamente coinvolti negli interventi urgenti da eseguire. Il soddisfacimento di una "seconda urgenza", per la quale il chirurgo operatore valuterà l'impossibilità di attendere la fine della "prima urgenza" in corso, sarà realizzato attraverso percorsi assistenziali differenziati in relazione:

- al momento della giornata in cui essa si realizza e
- all'Unità Operativa cui afferisce il chirurgo operatore.

Al fine di individuare uno dei due blocchi operatori dove si eseguirà la "seconda urgenza" in contemporanea saranno adottate le seguenti modalità organizzative:

Dal lunedì al venerdì, dalle ore 7.00 alle ore 14.00,

- In relazione alla Unità Operativa cui afferisce il chirurgo operatore che deve effettuare l'urgenza, l'intervento chirurgico verrà effettuato **nella prima sala libera presso il blocco operatorio dove normalmente tale Unità Operativa effettua l'attività programmata**. L'assistenza anestesiologica e infermieristica verrà garantita dal personale assegnato della sala operatoria che si interrompe.



Dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 20.00

- La "seconda urgenza" chirurgica verrà effettuata in un'altra **sala operatoria dedicata alle emergenze/ urgenze** del B.O. 2, con il coinvolgimento del personale anestesiologico e infermieristico dedicato.
- L'urgenza clinico – organizzativa di pazienti fragili con frattura collo – femore, che abbiano un'età superiore ai sessanta cinque anni, potrà essere effettuata al B.O. 1 nel caso in cui sia disponibile una sala operatoria non attiva (con esclusione delle sale operatorie n°1 e n° 8). In tal caso il personale assegnato alle urgenze si trasferirà al B.O. 1 del secondo piano. Nel caso in cui la sala operatoria sia attiva ed inutilizzata il personale anestesiologico ed infermieristico assegnato garantiranno l'intervento chirurgico urgente.

Di notte dal lunedì al venerdì, di sabato e nei giorni festivi

- La "seconda urgenza" chirurgica verrà effettuata in una delle sale operatorie libere presso il B.O.2 con il coinvolgimento del personale anestesiologico e infermieristico in turno e/o in pronta disponibilità.
Salvo diversa indicazione della direzione sanitaria e/o coordinatore infermieristico, non si effettuerà nessun tipo di intervento chirurgico in condizioni di emergenza/ urgenza nella sala operatoria del B.O. 1 n°8 *Brain Suite*.

Richiesta di sala operatoria per una seconda urgenza chirurgica

Durante l'orario diurno (7-20) dei giorni dal lunedì al venerdì, al fine di identificare lo spazio operatorio dove eseguire una "seconda urgenza chirurgica", il chirurgo operatore deve compilare il modulo appositamente predisposto e allegato alla presente (M/919/351: "Modulo per la richiesta di sala operatoria per urgenza chirurgica").

Qualsiasi tipologia di urgenza (interna ovvero esterna) deve essere dichiarata in cartella clinica.

Il modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte e firmato ed inviato al numero di fax **5326** per l'autorizzazione da parte della Direzione Sanitaria che provvederà a trasmettere l'autorizzazione al blocco operatorio di competenza.

Per garantire la tracciabilità di tutte le richieste di seconde urgenze chirurgiche, sarà predisposto un apposito registro informatico la cui compilazione avverrà a cura dei coordinatori infermieristici dei rispettivi blocchi.

Restituzione del tempo operatorio utilizzato per una seconda urgenza chirurgica interna

Se una Unità Operativa effettua una "seconda urgenza" chirurgica per un paziente ricoverato dal lunedì al venerdì dalle ore 7.00 alle ore 14.00, interrompendo uno spazio operatorio programmato per un'altra Unità Operativa, essa dovrà restituire il tempo operatorio (inizio - fine intervento) all'Unità Operativa che sospende la sua attività programmata.



La Direzione Sanitaria predisporrà il nuovo spazio operatorio d'ufficio nella prima seduta operatoria programmata disponibile dell'Unità Operativa che ha eseguito la "seconda urgenza" interna.

Urgenze di Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia e Microchirurgia ricostruttiva

Le urgenze di cardiochirurgia, di chirurgia vascolare per via endovascolare (aneurismi aorta e vasi periferici) e per il trattamento di aneurismi cerebrali, verranno effettuate esclusivamente al BO1 nella prima sala operatoria disponibile.

Le urgenze microvascolari ricostruttive devono essere eseguite solo ed esclusivamente al blocco operatorio 2 del piano S1.

In orario diurno dei giorni dal lunedì al venerdì, salvo diversa indicazione, l'équipe infermieristica e l'anestesista che garantiscono tali urgenze saranno quelli assegnati alla sala operatoria presso la quale sarà effettuato l'intervento.

Nei giorni feriali diurni, nel caso in cui ci fosse un'urgenza e non fosse disponibile nessuno spazio operatorio al BO1 e BO2 ed è necessario interrompere l'attività ordinaria di una sala operatoria, la U.O. che effettua l'urgenza deve restituire il tempo operatorio alla chirurgia che sospende l'intervento chirurgico. In questa fascia oraria per gli aspetti organizzativi il chirurgo operatore deve contattare in prima battuta il Coordinatore Infermieristico del BO 1 al **4714**, in seconda ipotesi i numeri di telefono **6731 – 6732**.

Nei giorni di sabato, domenica, festivi e notturni, il personale infermieristico e l'anestesista in turno H24 o in pronta disponibilità si trasferiranno dal BO 2 al BO 1 con il chirurgo operatore, per garantire l'intervento chirurgico urgente. Il chirurgo operatore in questa fascia oraria per gli aspetti organizzativi dovrà contattare il numero telefonico **5711**.

Per qualsiasi urgenza/emergenza chirurgica il chirurgo operatore deve obbligatoriamente contattare il medico della guardia chirurgica interdivisionale ai numeri **5750 e 5795**.

La richiesta urgente del tecnico di radiologia in sala operatoria deve essere anticipata telefonicamente e successivamente con l'applicativo order – entry.

Articolo 14 - Documentazione sanitaria attività' chirurgica

Definizione di Verbale Operatorio

Il verbale operatorio (ed il registro che lo contiene) assolve alla funzione giuridica di certificazione dell'attività sanitaria svolta in esecuzione dell'intervento e delle procedure chirurgiche invasive e, come tale, è parte integrante della cartella clinica. Scopo della seguente procedura è definire le idonee e uniformi modalità di compilazione, custodia, conservazione e archiviazione del verbale contenuto nel registro operatorio nel rispetto della normativa vigente in materia, garantendo i requisiti sostanziali di veridicità, completezza e chiarezza ed i requisiti formali essenziali per ogni registro operatorio. Il verbale operatorio è obbligatorio e al pari della cartella clinica è qualificato come atto pubblico e deve rispettare i requisiti formali e sostanziali.



Requisiti Formali

Il verbale operatorio deve contenere il set minimo di campi obbligatori previsti dalla normativa vigente :

- ✓ Unità Operativa ;
- ✓ Numero nosologico della Cartella Clinica;
- ✓ Elementi identificativi del paziente
- ✓ Regime di ricovero (ordinario – ordinario week surgery, one day surgery - day surgery - ambulatoriale);
- ✓ Tipologia di intervento: elezione, urgenza/emergenza
- ✓ data e ora di inizio intervento
- ✓ data e ora di fine intervento
- ✓ Nome e cognome e qualifica di tutti i componenti dell' Equipe: chirurgo, anestesista, specializzando operatore, specializzando, infermieri di sala e infermiere strumentista,
- ✓ Tipologia atto operatorio
- ✓ condizioni atto operatorio (Pulito/Sporco/Contaminato)
- ✓ tecnica chirurgica (Cielo aperto/Laparoscopia)
- ✓ Livello di rischio anestesiologico per intervento chirurgico programmato ASA ed in emergenza ASAE (American Society of Anesthesiologists)
- ✓ Tecnica di anestesia
- ✓ Diagnosi clinica (Elenco Diagnosi Sintetiche e/o Ricerca codifica delle diagnosi ICD9)
- ✓ Lista Interventi (Procedura chirurgica) Elenco Diagnosi Sintetiche e/o Ricerca codice ICD-9-CM
- ✓ Descrizione atto operatorio
- ✓ Le etichette di materiale protesico e/o impiantabile, devono essere allegate

Requisiti sostanziali

- **Veridicità:** è l'annotazione contestuale dell'intervento, degli interventi o delle procedure invasive eseguite;
- **Completezza:** ogni verbale operatorio identifica in modo univoco l'esecuzione dell'intervento o degli interventi o delle procedure invasive eseguite in regime di ricovero ordinario, diurno o ambulatoriale sul singolo paziente, nella stessa seduta operatoria e deve essere compilato in ogni sua parte;
- **Chiarezza:** riguarda la grafia e l'esposizione; il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da tutti coloro che hanno accesso al verbale operatorio.

Responsabile medico del rispetto dei requisiti formali e sostanziali del verbale operatorio

Il Chirurgo Primo Operatore deve obbligatoriamente firmare il verbale di intervento ed è responsabile della veridicità di quanto scritto nell'atto e della modalità diretta della compilazione dello stesso.



Verbale operatorio Cartaceo (tipo Buffetti)

Per quanto concerne i **requisiti formali**, all'interno del registro devono essere sempre indicati:

- numero progressivo del registro (conteggiato da inizio anno);
- unità operativa e/o disciplina chirurgica;
- anagrafica del paziente (nome, cognome, data di nascita e numero di cartella clinica);
- regime di ricovero (ordinario, day surgery, day hospital);
- tipologia di intervento (se urgente o meno e le caratteristiche da un punto di vista igienico-sanitario);
- indicazione della data e dell'ora di inizio e fine dell'operazione;
- indicazione del primo operatore e di quante persone hanno assistito direttamente all'intervento;
- diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- tipologia di anestesia utilizzata e il nominativo del medico che l'ha effettuata;
- descrizione dettagliata e particolareggiata di tutta la procedura operatoria;
- sottoscrizione da parte del primo operatore.

Correzioni verbale operatorio cartaceo

Nel caso in cui si utilizzi un registro operatorio cartaceo e si debba procedere alla correzione cartacea di errori materiali si procederà nei modi seguenti:

Per correggere gli errori/imprecisioni commessi all'atto di stesura non bisogna usare mai il correttore bianco coprente o la gomma, ma tracciare una riga con inchiostro indelebile sulla scritta in modo tale che essa risulti comunque leggibile, apponendo firma e data di chi ha effettuato la correzione stessa.

In caso di correzione in epoca successiva, è necessario porre annotazione che dia esplicitamente atto al pregresso errore, controfirmare e datare da parte del primo operatore. La correzione va effettuata su entrambe le copie, ovvero sull'originale, conservato in cartella clinica, e sulla matrice, che rimane a comporre il registro.

Per le eventuali correzioni/integrazioni del verbale operatorio generato con l'applicativo informative SOWeb si rimanda al capitolo dedicato (cap. 10)

Custodia e Conservazione

La custodia del registro operatorio è obbligatoria. Il registro, agli effetti delle norme sul falso documentale, è un atto pubblico. Le modalità di custodia del registro operatorio devono garantire la massima tutela nei riguardi di eventuali manomissioni e nel rispetto della privacy, in armadi chiusi accessibili solo a personale autorizzato. Per conservazione si intende la tenuta, presso il Blocco Operatorio od Ambulatori Chirurgici, dei registri operatori per due mesi, al termine dei quali dovranno essere consegnati all' Archivio Cartelle Cliniche.



Archiviazione

L'originale del verbale operatorio, in quanto parte integrante e sostanziale della Cartella Clinica, verrà conservato illimitatamente all'interno della stessa. Dal 1°gennaio di ogni anno si dovranno utilizzare nuovi registri operatori cartacei al fine di facilitarne l'archiviazione e vanno annullate le restanti pagine dei registri dell'anno precedente.

APPLICATIVO SALA OPERATORIA INFORMATIZZATO (SOWeb)

In azienda tutte le funzioni relative al corretto rispetto dei requisiti formali e sostanziali del verbale operatorio sono gestiti dall'applicativo informatico Sala Operatoria Web (SOWeb) (reperibile con il percorso Intranet - Archivio documentale - Sieta - Manuale Applicazioni Aziendali - Gestione di Reparto - Gestione Sale Operatorie - Manuale SOWeb). L'applicativo SOWeb è una piattaforma informatica dove sono contenuti diverse funzioni che consentono di gestire, da parte del personale autorizzato, la maggior parte delle attività che vengono espletate in sala operatoria. L'applicativo SOWEB riproduce il set di informazioni formali e sostanziali riportate sui registri cartacei previsti dalla Circolare Ministeriale n° 900.2/2.7 del 14/03/96.

La piattaforma informatizzata SOWeb, attraverso la compilazione dei diversi campi obbligatori, consente la compilazione e creazione del verbale operatorio.

Prima fase: CREAZIONE NUOVO VERBALE OPERATORIO

Questa prima fase è compilata dal personale infermieristico ed i dati anagrafici del paziente sono presenti nell'applicativo AREAS – area sanitaria dei pazienti accettati all'ufficio ricoveri.

I dati che vengono selezionati/inseribili sono:

- Unità Operativa (reparto di ricovero e reparto chirurgico)
- Indicazione della sala operatoria
- Cognome e Nome del paziente
- Data di nascita del paziente
- Numero di ricovero (nosologico)
- Equipe operatoria

Seconda fase: GESTIONE INTERVENTO CHIRURGICO

Il chirurgo primo operatore deve verificare la correttezza dei dati inseriti nella fasi di creazione del verbale operatorio e completare il set minimo dei campi obbligatori previsti nel verbale operatorio informatizzato all'interno dell'applicativo SOWEB. I campi obbligatori sono evidenziati per favorire la compilazione, e nello specifico sono:

- data e ora di inizio intervento
- data e ora di fine intervento
- Tipologia atto operatorio



- condizioni atto operatorio
- tecnica chirurgica
- Livello di rischio anestesiologico ASA (American Society of Anesthesiologists)
- Tecnica di anestesia
- Diagnosi clinica (Elenco Diagnosi Sintetiche e/o Ricerca codifica delle diagnosi ICD9)
- Lista Interventi (Procedura chirurgica) Elenco Diagnosi Sintetiche e/o Ricerca codice ICD-9-CM
- Nome e cognome e qualifica dell' Equipe chirurgica: chirurgo, anestesista, specializzando operatore, specializzando co-operatore, infermieri di sala e infermiere strumentista,
- Descrizione atto operatorio

Nelle more che venga informatizzata la cartella anestesiologica sono stati inseriti tra i campi obbligatori a carico del chirurgo primo operatore due nuove voci per la compilazione del verbale operatorio: **la tecnica anestesiologica e la classificazione ASA**.

Per il campo Tecnica Anestesiologica sono previste 6 voci:

1. Anestesia Bilanciata (Anestesia Generale + Anestesia Periferica)
2. Anestesia Epidurale
3. Anestesia Generale
4. Anestesia Locale – Periferica
5. Anestesia Sub Aracnoidea
6. Anestesia Tronculare
7. Anestesia Locale con Sedazione

Per il campo Classificazione ASA sono previste dieci voci:

Oltre alle consuete 5 Classi di rischio ASA: I, II, III, IV e V per gli interventi programmati, è stato aggiunto, in caso di interventi chirurgici effettuati in emergenza, alla classe di rischio ASA la lettera **E** (Emergency) : **IE, IIE, IIIE, IVE e VE**.

Il chirurgo primo operatore può facilmente acquisire le informazioni relative alla tecnica anestesiologica ed al rischio anestesiologico ASA tramite la cartella anestesiologica del paziente ovvero chiedendo all'anestesista che compone l'equipe operatoria.

Terza Fase CHIUSURA VERBALE OPERATORIO

Dopo la conclusione dell'intervento chirurgico e prima di lasciare la sala operatoria il chirurgo primo operatore compilerà in ogni sua parte tutti i campi obbligatori previsti dall'applicativo SOweb. Quando tutti i campi obbligatori saranno completati, premendo il pulsante **“chiusura”**, si potrà generare la versione **DEFINITIVA** del verbale operatorio. Il documento così **“cristallizzato”** risulta non più modificabile e viene storizzato con tutti i dati presenti al momento della chiusura dell'atto stesso.



Stampa del Verbale Operatorio

Dopo che il documento informatizzato è stato storicizzato il chirurgo primo operatore provvederà a stampare il verbale operatorio in duplice copia ed a sottoscriverle entrambe in calce:

- ✓ entrambe le copie devono essere firmate in originale dal chirurgo primo operatore dopo l'esecuzione dell'atto operatorio e comunque entro e non oltre la fine della seduta operatoria;
- ✓ il chirurgo operatore provvederà ad inserire una copia firmata del detto verbale nella cartella clinica;
- ✓ il chirurgo operatore affiderà al coordinatore infermieristico del blocco operatorio l'altra copia originale firmata, che raccoglie per unità operativa;

Correzione ed integrazione del verbale operatorio creato con l'applicativo SOWeb

Per modificare il verbale operatorio definitivo è necessario compilare il "**MODULO di RICHIESTA MODIFICA DATI SU SOWEB, M/919/166**". Il modulo autorizzato dalla Direzione sanitaria verrà inviato all'UOC Sistemi informativi e Tecnologie al fine di autorizzare il chirurgo primo operatore alla modifica sul verbale operatorio. Dopo aver effettuato le correzioni o modifiche del caso, il chirurgo primo operatore provvederà alla nuova chiusura del verbale operatorio, alle relative stampe e conservazione (paragrafo 9.5, 9.6 e 10). Si rappresenta che il vecchio verbale operatorio rimarrà conservato nel data base dell'applicativo informatico aziendale.

In caso di paziente già dimesso, il chirurgo primo operatore, effettuate le correzioni come descritte nel paragrafo precedente, provvederà a procurare la cartella clinica in accordo con la procedura *Verifica della completezza della documentazione sanitaria costituente la cartella clinica e modalità per la sua integrazione - Procedura aziendale P/919/74 – modulo M/919/324* – e provvederà ad inserire una copia firmata del verbale corretto nella cartella clinica. Come di regole, affiderà al coordinatore infermieristico del blocco operatorio l'altra copia originale firmata che sostituirà il verbale operatorio già custodito.

N.B. Il modulo M/919/166 è scaricabile dall'archivio documentale UO Sistemi informativi-applicativi aziendali La P/919/74 e relativa modulistica è scaricabile dall'archivio documentale UO Qualità e accreditamento-organizzazione attività assistenziali e di supporto-gestione documentazione sanitaria.

Conservazione presso il blocco operatorio di afferenza del verbale operatorio.

I coordinatori infermieristici dei blocchi operatori ne cureranno la conservazione secondo le stesse modalità previste per i registri cartacei. Tutti i verbali operatori originali, firmati dal chirurgo operatore, suddivisi per unità operativa ed in ordine progressivo verranno rilegati in un unico registro custoditi per l'anno corrente. Ogni inizio anno i verbali operatori suddivisi per unità operativa e con numero progressivo dovranno essere rilegati e conservati in archivio.



Cartellino Anestesiologico

Il cartellino anestesiologico, nelle more che venga implementato il nuovo modulo del cartellino anestesiologico informatizzato nella procedura SO Web, viene compilato in formato cartaceo, deve rispettare i requisiti sostanziali e formali per la compilazione e deve essere inserito in cartella clinica.

Articolo 15 - Adempimenti formativi del medico in formazione specialistica (specializzando)

Per quanto attiene allo svolgimento dell'attività chirurgica ed interventistica da parte dei medici in formazione specialistica (specializzando) questa deve essere riportata sul registro operatorio, avendo cura di specificare il ruolo dello stesso nell'intervento chirurgico secondo le seguenti modalità:

- Medico in formazione specialistica Co-operatore. Per tale figura può essere necessario specificare a quale procedure/atti chirurgici ovvero anestesiologici lo specializzando ha effettivamente partecipato sotto la supervisione del medico strutturato;
- Medico in formazione specialistica (Chirurgica/ Anestesiologica) Primo Operatore ovvero Primo Assistente ovvero Secondo Assistente, sotto la supervisione del medico strutturato, ove ciò sia esplicitamente previsto dal piano di formazione e non comporti il preventivo possesso del titolo di specialista. (Regolamento dell'attività assistenziale dei medici chirurghi in formazione specialistica – REG/919/08).

Articolo 16 - Attività infermieristiche

All'interno del blocco operatorio esistono ruoli diversificati per il personale infermieristico, dovuti alla peculiarità delle attività stesse e all'organizzazione del lavoro. Le funzioni che vengono svolte sono di carattere assistenziale, tecniche e relazionali. Il personale operante nel blocco operatorio viene comunemente distinto in personale "sterile" e personale "non sterile", a seconda che entrino o no in contatto con lo "spazio sterile" costituito dal campo operatorio, dai piani dei tavoli servitori per lo strumentario chirurgico, dalla parte anteriore dei camici e dalle maniche indossate dai componenti dell'équipe chirurgica. L'infermiere "strumentista" è a tutti gli effetti un elemento dell'équipe operatoria e svolge azione fondamentale di supporto tecnico ed assistenziale.

L'infermiere "di sala" è personale "non sterile" e svolge la sua attività assistenziale nel blocco operatorio.

Le attività assistenziali infermieristiche sono molteplici, oltre a quella diretta nei confronti del paziente, vi sono azioni che prevedono collaborazione tra infermiere e medico-anestesista (nelle diverse fasi di induzione, mantenimento e risveglio), tra infermiere e medico-chirurgo, tra infermiere "di sala" e infermiere "strumentista". Le attività previste per ciascuna figura professionale sono riportate nell'art.7.

Si precisa inoltre che il presente articolo annulla e sostituisce il regolamento infermieristico di sala operatoria

(REG/BO/01)



Articolo 17 Sterilizzazione

Il concetto di sterilizzazione nelle strutture sanitarie in questi ultimi anni è profondamente cambiato in seguito all'emissione della direttiva europea CEE 93/42. Oggi, sterilizzare vuol dire gestire l'intero processo produttivo all'interno di una centrale di sterilizzazione (CS) con professionalità, competenza e responsabilità seguendo regole ben definite e non improvvise. La sterilizzazione è considerata tra le principali misure di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Affinché l'attività di sterilizzazione sia in grado di garantire le condizioni necessarie per la sterilità, occorre che vengano rispettati numerosi parametri tecnici riguardanti tutte le fasi del processo che sono:

- decontaminazione,
- lavaggio,
- confezionamento,
- sterilizzazione
- conservazione.

Il risultato di una sterilizzazione è quindi influenzato direttamente ed in modo importante da una accurata preparazione del materiale da sottoporre a sterilizzazione, per abbassarne la carica microbica ed anche per allontanare eventuali materiali estranei (depositi cristallini, residui organici, ecc) che possono proteggere i microrganismi sia ostacolando la penetrazione del calore sia influendo sul livello di umidità.

I tempi per effettuare il processo di sterilizzazione sono i seguenti:

- ✓ Decontaminazione : circa 10 minuti.
- ✓ Trasporto dalla sala operatoria alla Centrale di sterilizzazione: circa 10 minuti
- ✓ Lavaggio automatico: circa 1,15 h
- ✓ Confezionamento: circa 15 minuti
- ✓ Sterilizzazione in autoclave a vapore: circa 1 h
- ✓ Sterilizzazione a Gas Plasma: 50 minuti
- ✓ Raffreddamento da autoclave a vapore: 10 minuti

Decontaminazione (circa 10 minuti)

Nel trattamento di strumenti contaminati è particolarmente importante, oltre all'aspetto tecnico, evitare di esporre il personale a rischi d'infezione.

Gli strumenti devono essere decontaminati e puliti immediatamente dopo l'uso. Le impurità non devono essere lasciate asciugare sugli oggetti, per evitare di rendere la decontaminazione e la pulizia degli stessi più difficoltosa. E' opportuno smontare eventualmente gli strumenti nelle loro componenti, in modo che tutte le superfici vengano a contatto con il detergente. Gli strumenti non utilizzati devono essere trattati allo stesso modo di quelli impiegati, perciò anche questi strumenti vanno aperti e/o smontati nei loro componenti.

Gli strumenti devono essere sistemati su appositi contenitori adatti alla pulizia (ad esempio "cullette" di decontaminazione).



Lavaggio Automatico – Pulizia e disinfezione a macchina (ottanta minuti)

La standardizzazione della pulizia può essere raggiunta nel modo migliore con il metodo del trattamento a macchina. Una buona pulizia nel trattamento di strumenti serve anche in misura notevole a conservarne il valore.

Per il trattamento a macchina esistono metodi sia termici sia chimico-termici per la pulizia e disinfezione. Nei procedimenti termici la disinfezione avviene ad una temperatura da 80°C in su, con relativo tempo di azione; in quelli chimico-termici ad una temperatura massima di 65°C, con l'aggiunta di un disinfettante per macchina in adeguata concentrazione e con un opportuno tempo di azione.

Confezionamento (circa quindici minuti)

Per confezionamento si intende il posizionamento corretto dello strumentario chirurgico all'interno del container seguendo delle check list condivise ed ha come obiettivo quello di mantenere, per un tempo ragionevole, l'efficacia del processo di sterilizzazione, al fine di garantire la massima sterilità sul campo operatorio.

Le metodiche di confezionamento più idonee sono principalmente tre:

- 1) confezionamento con container;
- 2) confezionamento con carta Medical grade (buste in accoppiato carta-polietilene);
- 3) confezionamento con TNT.

Il tempo di mantenimento della sterilità è in relazione al tipo di imballaggio, alle modalità di trasporto, al numero di manipolazioni che lo strumentario subisce ed alla modalità di stoccaggio. Il materiale deve essere conservato in ambienti chiusi e puliti, a temperatura e umidità relativa controllate (18-22°C e 35-50% di umidità), evitando l'esposizione diretta alla luce solare; inoltre il materiale stoccativo deve essere maneggiato il meno possibile e le confezioni devono essere conservate in ordine cronologico di scadenza.

La durata media del mantenimento della sterilità in condizioni ottimali è indicata nella tabella seguente:

Tempi di durata della sterilità	
Container	30 giorni
Fogli TNT	30 giorni
Buste di carta e polietilene	60 giorni

Sterilizzazione

Il processo di sterilizzazione di materiali usati per la cura e l'assistenza del paziente costituisce un momento fondamentale nel programma di profilassi delle infezioni ospedaliere. La sua realizzazione si fonda sulla conoscenza dell'obiettivo da raggiungere e sulla scelta ottimale dei mezzi a disposizione.

La sterilizzazione può essere ottenuta mediante fattori *chimico – gassosi*, come:

- il gas plasma di perossido di idrogeno;

e *fisici* quali: il calore umido;



Sterilizzazione a Gas Plasma (cinquanta minuti)

La sterilizzazione al plasma è idonea per la maggior parte degli strumenti e degli apparecchi termolabili e per quelli sensibili all'umidità, dal momento che la temperatura non supera i 50° e la sterilizzazione è effettuata in un ambiente a basso tasso di umidità.

Sterilizzazione Calore Umido – Autoclave a vapore (sessanta minuti)

La normativa U.N.I. definisce come sterilizzazione a vapore il «procedimento di sterilizzazione con vapore d'acqua satura a temperatura non minore di 110°C».

Una corretta tecnica di sterilizzazione è essenziale per la distruzione di tutti i microrganismi; è importante ricordare che il vapore è più leggero dell'aria e che l'aria deve essere eliminata dall'autoclave.

- a) *Caricamento dell'autoclave.* I pacchi devono essere messi in posizione verticale, in modo che il vapore possa fluire liberamente attorno ad essi; inoltre è necessario lasciare uno spazio di 10 cm tra il materiale e le pareti circostanti.
- b) *Ciclo di sterilizzazione:* tempo totale circa 1 h
- c) *Tempo di raffreddamento* 15 minuti per il raffreddamento ed eliminazione dei residui di vapore acqueo.

Normativa del processo di sterilizzazione

In caso d'uso di strumenti durante un intervento chirurgico, sarà fondamentale per chi ha sterilizzato quegli strumenti documentare in maniera completa ed inopinabile il percorso del dispositivo sterilizzato, dal momento in cui è stato trattato (dalla decontaminazione alla sterilizzazione) sino all'utilizzo.

Seguire la "traccia" significa avere a disposizione i mezzi per evidenziare attraverso i dati necessari tutto il processo organizzativo della sterilizzazione. La tracciabilità avviene attraverso l'applicativo informatico certificato denominato "Instacount" che ci permette di individuare i seguenti fattori/elementi:

- operatore responsabile della sterilizzazione (codice o nome);
- mezzo di sterilizzazione;
- numero del carico/lotto;
- numero del ciclo di sterilizzazione;
- tipologia del programma di sterilizzazione avviato;
- contenuto della confezione da sterilizzare;
- data di sterilizzazione;
- data di scadenza;

I sistemi informatizzati sono strutturati per la gestione e la rintracciabilità e documentazione dei materiali che vengono trattati all'interno di una moderna centrale di sterilizzazione. Gli strumenti necessari per strutturare un sistema informatizzato sono:

lettori codici a barre/scanner manuali, server, targhette/cartellini adesive con codici a barre che devono essere obbligatoriamente inseriti dal personale di sala operatoria nella documentazione sanitaria da inserire in cartella clinica



I vantaggi legati a questi sistemi sono:

1. Maggiore sicurezza per il paziente;
2. Maggiore sicurezza per l'operatore;

Il sistema di tracciabilità deve rispettare la norma UNI¹ EN² ISO³ 9001 recepita successivamente da norme italiane

Fondamentalmente, una centrale che sterilizza una varietà di prodotti, strumenti e apparecchi è considerata un fabbricante (come per esempio un produttore di protesi articolari). Il Ministero della Salute a partire dalla circolare del 14.6.98 ha espressamente dichiarato che non è più possibile rielaborare (risterilizzare) presidi e dispositivi medici monouso.

Per migliorare l'organizzazione e lo svolgimento delle sedute operatorie nei tempi previsti, il giorno precedente la seduta operatoria entro le h. 16:00.i Coordinatori comunicano alla Centrale di Sterilizzazione lo strumentario necessario agli interventi programmati per il giorno seguente.

Art 18 – Riprese video da parte di professionisti dell'azienda

Nel caso in cui un medico abbia necessità di riprendere un intervento chirurgico o procedura diagnostica per scopi didattici-scientifici è tenuto a far firmare al paziente il modulo *M/919/34 Liberatoria per utilizzo di immagini*, informando il paziente che in nessun modo tali immagini potranno permettere di risalire all'identità dello stesso. Nella compilazione del modulo fare attenzione a barrare la voce che interessa (prima opzione), altrimenti nel caso in cui vengano barrate entrambe le opzioni, il modulo può considerarsi nullo. Una volta acquisita la liberatoria il modulo dovrà essere conservato in cartella clinica.

Si precisa inoltre che tale modulo annulla e sostituisce quello in uso (*M/919/34 Consenso informato a riprese video in sala operatoria*) ed è l'unico format che dovrà essere utilizzato.

Art. 19 – Partecipazione all'attività chirurgica di professionisti esterni

Tale attività è disciplinata dalla IL/919/11, scaricabile dall'archivio documentale UO Qualità e accreditamento-organizzazione attività assistenziali e di supporto- regolamentazione specifiche linee di attività.

Articolo 20 – Norme comportamentali

Al fine di creare e mantenere un ambiente appropriato atto a garantire la sicurezza del paziente e degli operatori, **è fatto divieto assoluto**:

- di fumare all'interno di qualsiasi locale dei blocchi operatori, come previsto dal Regolamento sul divieto di fumo nei locali dell'AO Sant'Andrea (REG/919/02).
- di svolgere attività all'interno delle aree a bassa carica microbica (zona pulita) e nelle sale operatorie senza la divisa /camice, calzari, mascherina, ed il copri capo (indossati correttamente)

¹ Ente Nazionale Italiano di Unificazione

² Normativa Europea

³ International Organization for Standardization



- di utilizzare all'interno delle aree dove viene svolta attività assistenziale (sala preparazione paziente, sala operatoria, recovery room ecc) dei telefoni cellulari e qualsiasi dispositivo elettronico abilitato alla connessione WIFI ad una distanza minima di almeno un metro dalle apparecchiature elettromedicali (Delibera Aziendale n. 537 del 05/06/2007)
- di introdurre nelle sale operatorie oggetti personali non pertinenti all'attività (quali borse, riviste, libri, ecc.) e qualsiasi tipo di alimento.
- di tenere un tono della voce alto in sala operatoria e nelle aree comuni.
- di uscire dai blocchi operatori con la divisa "verde" senza indossare il camice.
- di ingresso in sala operatoria a tutto il personale dipendente che non sia, direttamente ovvero indirettamente, coinvolto nelle attività effettuate all'interno del blocco operatorio.
- l'ingresso di personale esterno non dipendente (osservatori, specialisti, tecnici) che non sia stato preventivamente autorizzato dalla Direzione Sanitaria, secondo quanto previsto dal REG/919/02.
- la partecipazione ad interventi chirurgici di personale sanitario non aziendale che, previa richiesta del responsabile della unità operativa interessata, non sia stato preventivamente autorizzato dalla Direzione Sanitaria secondo quanto previsto all'art.18
- l'ingresso di personale dipendente ed in formazione, ovvero di personale esterno nella sala operatoria numero 8 (Brain Suite) senza il necessario nulla osta del medico autorizzato. All'ingresso della sala operatoria è predisposto l'elenco delle persone idonee che possono accedere al sito.
- la partecipazione all'intervento chirurgico di più di tre persone in formazione (specializzandi, studenti ecc.).
- l'utilizzo esclusivo da parte di UU.OO. delle risorse tecnologiche assegnate e presenti nei blocchi operatori, fatte salve alcune apparecchiature che sono di uso ed indicazione specifici rispetto alla tipologia di intervento chirurgico.
- di qualsiasi attività e/o azione effettuata dal personale presente nel blocco operatorio non espressamente descritta nel presente regolamento ma che comunque siano vietate da leggi, regolamenti, circolari aziendali emanate dagli organi istituzionalmente preposti.

Inoltre tutto il personale è tenuto al rispetto:

- di quanto riportato nel regolamento di buona prassi igienica dei blocchi operatori REG/919/06 (allegato al presente documento);
- di quanto nella procedura P/919/64 Procedura per la corretta gestione dello strumentario, garze, aghi, lame e altro strumentario chirurgico.

Sono responsabile e preposti alla vigilanza del rispetto delle norme comportamentali la posizione organizzativa infermieristica area chirurgica, ed il coordinatore infermieristico. Resta inteso che qualsiasi dipendente è tenuto a comunicare al personale preposto qualunque violazione dei divieti.



Art. 21 – Obiettivi e indicatori di Qualità'

Il gruppo di miglioramento (GdM) verrà nominato dalla direzione sanitaria tenendo conto delle competenze e dei professionisti che afferiscono ai blocchi operatori.

La direzione sanitaria ogni due mesi convoca il gruppo di miglioramento con l'obiettivo di monitorare i processi e di valutare gli indicatori di processo e di esito.

Obiettivi di miglioramento:

- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei blocchi operatori
- Ottimizzazione dell'utilizzo della dotazione tecnica e strumentale del Blocco Operatorio.
- Miglioramento del clima organizzativo
- Riconsiderazione della attribuzione degli spazi operatori in rapporto ai bisogni assistenziali, alla potenzialità, alla strategicità e alla efficienza di utilizzo delle sedute operatorie da parte delle singole UU.OO.

Indicatori di processo

- Numero di interventi chirurgici iniziati in ritardo
- Orario di inizio primo intervento
- Orario fine ultimo intervento
- Numero di ore di utilizzo effettivo di ogni sala operatoria a settimana in elezione / durata in ore delle sedute attribuite (tasso di occupazione)
- Numero di ore di utilizzo per urgenze di sedute operatorie ordinarie

Indicatori di esito

- Numero di interventi chirurgici per ricovero ordinario per UU.OO.
- Numero di interventi chirurgici per ricoveri diurni per UU.OO.
- Numero di verbali operatori non chiusi / N^o di verbali operatori per UU.OO.
- Numero di verbali operatori incompleti / N^o di verbali operatori per UU.OO.
- Numero di check list presenti in cartella clinica per UU.OO./ N^o di interventi chirurgici

I dati derivanti dalle attività di monitoraggio degli indicatori, rappresenteranno eventuali input per avviare azioni di miglioramento dei processi oggetto di analisi.



Definizioni e Abbreviazioni

- UU.OO. : Unità Operative
- UOS DOBO: Direzione Organizzativa Blocchi Operatori
- UOS AI: Area infermieristica
- CI: Coordinatori Infermieristici
- JD: Job Description
- IL: Istruzione di lavoro
- PO: Posizione Organizzativa Area Chirurgica e Blocchi Operatori
- BO 1: Blocco Operatorio secondo piano
- BO 2: Blocco Operatorio primo piano seminterrato (S1)
- CS: Centrale di Sterilizzazione
- OR: Order Entry
- Manuale Applicazioni software: Manuale Utenze Consulenze
- Manuale Gestione applicativo informatico sale operatorie (Sale Operatorie Web)

Allegati

- REG/919/02 regolamento di buona prassi igienica dei blocchi operatori
- LG 919/04 Linee Guida per la corretta gestione del processo di sterilizzazione e corretto utilizzo del materiale sottoposto a sterilizzazione per i blocchi operatori
- M/919/351 modulo per la richiesta di sala operatoria per urgenza chirurgica
- M/919/337 modulo di richiesta di accesso in sala operatoria
- M/919/34 Liberatoria per utilizzo di immagini
- IL/919/11 Istruzione di lavoro per la partecipazione di professionisti all'esecuzione di interventi chirurgici e/o procedure invasive
- JD/919/1 JD Infermiere
- JD/919/02 JD Infermiere strumentista
- JD/919/03 JD Infermiere di sala
- JD/919/05 JD OTA
- JD/919/06 JD AUSS
- JD/919/08 JD Coordinatore UUO/servizi
- JD/919/15 JD Tecnico sanitario di radiologia medica
- JD/919/16 JD Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria

Le JD sono scaricabili dall'archivio documentale UO Qualità e accreditamento-modalità operative relative alle singole attività professionali