SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N 000081 **DEL** 15 GEN. 2024

STRUTTURA PROPONENTE: Direzione Sanitaria Aziendale

Oggetto: Adozione "Regolamento Generale delle Sale Operatorie – Asl Roma 5". Nomina Referente Aziendale GAPAC e Referente Liste di Attesa.

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO — Dott. Filippo Coiro

☒ Favorevole

☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data, 15 GEN. 2024

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE FF — Dr. Franco Cortellessa

☒ Favorevole

☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data, 15 GEN. 2024

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

☐ Senza osservazioni ☐ Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____ data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: /

Registrazione n. / del 10-01-2024

Il Dir. ad interim UOC Bilancio e Contabilità
(Dott. Fabio Filippi)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Compilatore
Sig.ra Francesca Baschieri

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f.
Dott. Franco Cortellessa

La presente deliberazione è costituita da n. 3 pagine. N. 1 allegato composto da n. 92 pagine

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f. relaziona al Sig. Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n.933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n.1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.84 del 17/10/2019 e della deliberazione n.993 del 07/06/2022 con la quale sono state proposte modifiche all'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n.56, suppl.1, del 05/07/2022;

VISTE:
la Deliberazione Aziendale n. 580 del 24/03/2022 avente ad oggetto "Adozione Percorso del paziente chirurgico elettivo per setting assistenziali e complessità di cura – Asl Roma 5";

la Deliberazione Aziendale n. 581 del 29/03/2023 avente ad oggetto "Rettifica Deliberazione Aziendale n. 580 del 24/03/2022 e recepimento del nuovo Percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura – Asl Roma 5";

la nota prot. 1222743 del 27/10/2023 della Regione Lazio con la quale è stato trasmesso il documento "Indicazioni operative relative al Percorso Chirurgico e alle Liste di attesa per intervento chirurgico" predisposto dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria e condiviso con le Direzioni Sanitarie e i referenti dei Gruppi Aziendali per la Programmazione dell'Attività Chirurgica.

PRESO ATTO che
il suddetto documento "Indicazioni operative relative al Percorso Chirurgico e alle Liste di attesa per intervento chirurgico" definisce principi e azioni operative in coerenza con la Determina Regionale n. G11271 del 01/10/2020;

con nota prot. 43626 del 27/10/2023 la Direzione Generale ha nominato quale referente del Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica GAPAC il Dott. Giovan Battista Giorgio;

con nota prot. 44479 del 3/11/2023 la Direzione Generale ha nominato, per indisponibilità manifestata dal Dott. G.B. Giorgio, nuovo referente del Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica GAPAC il Dott. Emilio Mazzetti;

con nota prot. 46427 del 14/11/2023 la Direzione Sanitaria Aziendale ha nominato il Dott. Gianmattia Mastrojanni quale co-referente alla elaborazione del piano aziendale di programmazione dell'attività chirurgica e all'implementazione di tutti i regolamenti correlati al piano medesimo.

SI RITIENE NECESSARIO sulla base di quanto indicato nella nota prot. 1222743 del 27/10/2023 della Regione Lazio:

- confermare la nomina del Dott. Emilio Mazzetti quale referente aziendale GAPAC;
- confermare la nomina del Dott. Gianmattia Mastrojanni quale co-referente alla elaborazione del piano aziendale di programmazione dell'attività chirurgica e all'implementazione di tutti i regolamenti correlati al piano medesimo;
- nominare il Dott. Gianluca Liotta quale referente per le liste di attesa;
- approvare il "Regolamento Generale delle Sale Operatorie Aziendali" Asl Roma 5, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

1) sulla base di quanto indicato nella nota prot. 1222743 del 27/10/2023 della Regione Lazio
   - confermare la nomina del Dott. Emilio Mazzetti quale referente aziendale GAPAC;
   - confermare la nomina del Dott. Gianmattia Mastrojanni quale co-referente alla elaborazione del piano aziendale di programmazione dell'attività chirurgica e all'implementazione di tutti i regolamenti correlati al piano medesimo;
   - nominare il Dott. Gianluca Liotta quale referente per le liste di attesa;
   - approvare il "Regolamento Generale delle Sale Operatorie Aziendali" Asl Roma 5, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

2) di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f.
(Dott. Franco Cortellessa)

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere Favorevole
Data 15 GEN. 2024

Parere Favorevole
Data 15 GEN. 2024

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Ciro

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f.
Dott. Franco Cortellessa

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, nominato con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00096 del 11 luglio 2022.

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. Franco Cortellessa, Direttore Sanitario Aziendale f.f., che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

DELIBERA

Di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dalla Dott. Franco Cortellessa, Direttore Sanitario Aziendale f.f.;

di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009;

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f.
Dott. Franco Cortellessa

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 15 GEN. 2024

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

L'addetto alla Pubblicazione

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

Tivoli, _____

REGOLAMENTO GENERALE DELLE SALE OPERATORIE AZIENDALI

Revisione	Data	Causale	Elaborazione	Verifica	Approvazione	Validazione
R_00 (prima emissione)	23/11/2023	REGOLAMENTO	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Dott. Emilio Mazzetti Dott. Gianmattia Mastrojanni Gruppo di Lavoro Aziendale	Risk Management Dott. Filippo Lauria	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Dott.ssa Luigia Carboni Direttore Sanitario Aziendale ff (Dott. Franco Cortellessa)	Il Direttore Generale Dott. Giorgio Giulio Santonocito

LISTA DI DISTRIBUZIONE:
1) Direzioni di Presidio
2) Dipartimenti
3) UOC-UOSD e UOS Ospedaliere
4) Direzione Amministrativa

TEMPI E MODALITA'DI REVISIONE
Tale piano verrà rielaborato entro il prossimo novembre 2025 salvo sostanziali variazioni

Il Regolamento è visionabile e scaricabile dalla Home Page ASL Roma 5

Gruppo di lavoro Aziendale		Disciplina	Ruolo
REDAZIONE	**Staff di coordinamento**		
	Filippo Lauria	Risk Management Qualità dei Processi ed Auditing	Medico
	Gennaro Cerone	Referente aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria	Medico
	Maria Teresa Calandro	Gestione dei flussi di ricovero e dimissione Ospedale-Territorio	FO
	Sara Segatori	Coordinatrice Blocco Operatorio PPOO Tivoli - Colleferro	FO
	Coordinatori		
	Gianmattia Mastrojanni	UOC Anestesia e Rianimazione PO Colleferro	Medico
	Emilio Mazzetti	UOC Anestesia e Terapia Sub-intensiva PO Palestrina	Medico
	Componenti:		
	Francesca Baschieri	Direzione Sanitaria Aziendale	CA
	Alberto Bitocchi	Blocco Operatorio	CPSI
	Luca Centurelli	UOC Innovazione Tecnologica	Dirig. Amm.
	Michelino Conti	Blocco Operatorio PO Palestrina	FO
	Giacomo Crescentini	Chirurgia Generale PO Palestrina	Medico

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

	Gabriele D'Amata	Chirurgia Generale e d'Urgenza PO Colleferro	Medico
	Roberto D'Agostino	Monitoraggio e valutazione esiti sensibili alle cure infermieristiche – protocolli e procedure PO Tivoli	FO
	Ferdinando Ferone	UOC Tecnica	Ingegnere
	Claudio Ferraro	Area Chirurgia Generale e d'Urgenza – Ortopedia e Traumatologia PO Colleferro	CPSIE
	Nadia Fortuna	Emodinamica PO Tivoli	CPSIE
	Luisa Gatta	Direzione Sanitaria Aziendale	Collaboratore
	GiovanBattista Giorgio	Chirurgia generale PO Subiaco	Medico
	Giovanna Greco	UOS Terapia Intensiva PO Colleferro	Medico
	Gabriella Guerriero	UOC Medicina d'Urgenza ed Accettazione Pronto Soccorso PO Colleferro	Medico
	Francesco Mogliazzi	Direzione Sanitaria Aziendale	Medico in formazione specialistica
	Antonella Onofri	Accoglienza e Preospedalizzazione PO Palestrina	CPSI

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

	Stefano Pierandrea	Area Chirurgia generale - Ortopedia e Traumatologia PO Palestrina	CPSI
	Giorgio Princi	Ortopedia e Traumatologia PPOO Colleferro - Palestrina	Medico
	Antonio Rea	UOSD Anestesia PO Monterotondo	Medico
	Maria Grazia Rossi	UOS Terapia Intensiva PO Colleferro	FO
	Luca Severi	UOC Anestesia e Rianimazione PO Tivoli	Medico
	Pasquale Antonio Venditti	UOSD Anestesia PO Monterotondo	Medico

Supporto amministrativo: Tiziana Battaglieri.

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Nazzareno Cruciani	Professioni Sanitarie Ostetriche e Professioni Infermieristiche ed Ostetriche Ospedaliere
Romeo Marziali	Professioni Sanitarie Tecnico della Prevenzione
Francesco De Santis	Professioni Tecnico Sanitarie
Cecchinelli Dimitri	Trasporti Secondari Protetti

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

VERIFICA	**Responsabile Aziendale per la Qualità** Dott. Filippo Lauria		
APPROVAZIONE	**Dott.ssa Luigia Carboni** Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie **Dott. Franco Cortellessa** Direttore Sanitario Aziendale f.f.		
VALIDAZIONE	**Dott. Giorgio Giulio Santonocito** Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale della redazione e delle modifiche	Codifica
01	23/11/2023	Revisione	

Trasmesso il:	Codificato il:	Distribuito il:
23/11/2023	03/01/2024	

LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D.	✓ Responsabili di U.O.S.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

INDICE

1. PREMESSA 8
2. SCOPO 12
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 14
4. STRUTTURE COINVOLTE 14
   - 4.1 Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli 15
   - 4.2 Ospedale Leopoldo Parodi Delfino di Colleferro 17
   - 4.3 Ospedale Coniugi Bernardini di Palestrina 19
   - 4.4 Ospedale Arnaldo Angelucci di Subiaco 21
   - 4.5 Ospedale SS. Gonfalone di Monterotondo 23
5. RIFERIMENTI 23
6. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 24
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO 26
   - 7.1 Interventi in elezione 26
   - 7.2 Sistema Integrato Sanitario (SIS): step del percorso chirurgico 27
     - 7.2.1 SIS: inserimento in lista 28
     - 7.2.2 SIS: ricovero programmato per intervento chirurgico 29
     - 7.2.3 SIS: *workflow* 31
   - 7.3 Interventi in urgenza 32
8. MODALITA' ESECUTIVE 33
   - 8.1 Principi generali 33
   - 8.2 Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica "GAPAC" ... 34
     - 8.2.1 Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC) 36
     - 8.2.2 Programmazione della lista operatoria 37
     - 8.2.3 Programma di miglioramento "*Audit* & *Feedback*" 37
     - 8.2.4 *Audit risk calculator* sostituisce Indicatori di rischio chirurgico 39
   - 8.3 Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO" 40
     - 8.3.1 Liste operatorie e convocazione dei pazienti..... 40

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.3.1.1 Comunicazione e Educazione con il paziente 42
8.4 Caratteristiche sale operatorie 43
8.5 PACU *Post Anesthesia Care Unit* 43
8.6 Centrali di sterilizzazione 44
8.7 Registro sala operatorio informatizzato 44
8.7.1 Processo Informatico 44
8.7.1.1 Ambulatorio 45
8.7.1.2 Preospedalizzazione 49
8.7.1.3 Ricovero 52
8.7.1.4 Evento chirurgico 55
8.7.1.5 Proseguimento del percorso di ricovero 56
8.7.1.6 Mappa degli *step* 57
8.7.2 Lista operatoria 57
8.7.3 *Report* e statistiche 59
8.8 Procedure/Disposizioni operative 60
8.8.1 Elezione 61
8.8.1.1 Lista Operatoria settimanale 63
8.8.1.2 Lista Operatoria Giornaliera 64
8.8.2 Emergenza/Urgenza 65
8.8.3 Orario attività 67
8.8.4 Svolgimento delle sedute operatorie 69
8.9 *Check-List* 74
8.10 Procedura per pazienti con infezione da SARS-CoV-2 74
8.11 Approvvigionamento farmaci e Dispositivi Medici 75
8.11.1 Farmaci e Dispositivi Medici con consegne settimanali 76
8.11.2 Dispositivi Medici specialistici e dispositivi medici protesici impiantabili anche attivi 77
8.12 Trasporti interni ed esterni 80
8.13 Regolamento accesso alle sale operatorie di personale non aziendale 82
8.14 Riprese video 84

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.15 Norme comportamentali 85
8.16 Abbigliamento all'interno del Blocco Operatorio 86
9. RESPONSABILITA'..... 87
10. DOCUMENTAZIONE 88
11. ARCHIVIAZIONE 88
12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO 88
13. CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE..... 89
14. ALLEGATI 91
14.1 Format Lista Operatoria settimanale 91
14.2 Format Lista Operatoria Giornaliera 92

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

1. PREMESSA

Il Regolamento Generale delle attività chirurgiche è redatto facendo riferimento alle ultime linee di indirizzo ministeriali per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato e sulla base dell'attuale scenario strutturale ed organizzativo della ASL ROMA 5, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'economicità di impiego al fine di poter offrire all'utenza una più ampia e soddisfacente offerta sanitaria, implementando l'erogazione di prestazioni sanitarie e valorizzando le professionalità esistenti in un'ottica di massima integrazione.

L'attuale regolamento sostituisce ed integra i regolamenti interni dei singoli Presidi Ospedalieri, anche al fine di ottimizzare il rinnovamento strutturale e organizzativo in atto in tutti i Presidi Ospedalieri aziendali.

Analisi dell'esistente

Le sale operatorie sono il punto nevralgico degli ospedali che ospitano quotidianamente attività complesse, di alta specializzazione, a rischio elevato e a forte impatto economico e di immagine, che necessitano di una programmazione accurata.

Al fine di garantire un approccio alla problematica orientato ai principi di appropriatezza, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, centralizzando i bisogni degli assistiti, si diversificano strutturalmente i livelli dell'offerta chirurgica in relazione alla tipologia delle prestazioni:

- ricovero in emergenza-urgenza;
- ricovero in elezione in regime ordinario;
- ricovero in elezione a ciclo breve (*week hospital - day hospital*);
- chirurgia ambulatoriale.

In base alle diverse caratteristiche del paziente, alla complessità di cura e al tipo di intervento chirurgico, lo specialista orienta l'utente verso la struttura aziendale più adeguata alle esigenze rilevate. Le prestazioni chirurgiche sono suddivise in tre livelli di complessità:

- **Interventi di chirurgia ambulatoriale** effettuabili, in coerenza con il *setting* di erogabilità previsto dalla vigente normativa, nelle sedi ambulatoriali territoriali e ospedaliere deputate alle visite specialistiche ambulatoriali e dotate dei requisiti PCI/PC2. Qualora il chirurgo ne ravvisi l'opportunità, i pazienti saranno sottoposti a visita anestesiologica, per collocare l'intervento nel regime e nella sede più appropriata.
- **Interventi di chirurgia a bassa e media complessità in regime di ciclo breve (*Day Surgery* e *Week Surgery*) e di ricovero ordinario,** subordinati ad una attenta valutazione chirurgica e anestesiologica nel corso della quale sarà decisa la migliore collocazione dell'intervento in termini di regime e sede più appropriata. Tale valutazione clinica si accompagnerà a valutazioni di carattere organizzativo, in raccordo con le Direzioni Mediche dei Presidi, per l'individuazione degli interventi congruamente erogabili nei singoli Presidi, anche in attuazione dei disposti contenuti nel DM n. 70/2015.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- **Interventi di chirurgia ad alta complessità in regime di WS e ordinario** per i quali il processo decisionale relativo al *setting* di erogazione dell'intervento deve essere sviluppato in modalità multidisciplinare, anche in conseguenza di eventuali consulenze specialistiche effettuate in fase di preospedalizzazione, considerando nell'insieme la complessità assistenziale in ottica di appropriatezza al fine di ridurre gli eventi avversi evitabili e di potenziare la *compliance* del paziente.

Le strutture aziendali ove si effettuano prestazioni di disciplina chirurgica sono:

- **Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli.** DEA I livello.
  - Blocco Operatorio con 5 sale operatorie, di cui 1 per l'emergenza/urgenza, situato al quinto piano della Palazzina A;
  - Sala di Chirurgia Ambulatoriale, situata al quinto piano della Palazzina A;
  - Blocco Sala Parto con 1 sala operatoria dedicata all'emergenza/urgenza ostetrica e due sale parto, situato al primo piano della Palazzina A;
  - Sala Emodinamica e Sala *Pacemaker*, situate al secondo piano della Palazzina A;
  - Ambulatorio di Endoscopia Digestiva, situato al quarto piano della Palazzina A.
- **Ospedale Leopoldo Parodi Delfino di Colleferro.** Presidio Ospedaliero.
  - Blocco Operatorio con 4 sale operatorie, di cui 1 per l'emergenza/urgenza, situato al primo piano;
  - Sala di Chirurgia Ambulatoriale, situata al primo piano;
  - Sala *Pacemaker*, situata al piano rialzato;
  - Ambulatorio di Endoscopia Digestiva, situato al secondo piano.
- **Ospedale Coniugi Bernardini di Palestrina.** Presidio Ospedaliero.
  - Blocco Operatorio con 2 sale operatorie, di cui 1 per l'emergenza/urgenza, situato al piano terra;
  - Blocco Sala Parto con 1 sala operatoria dedicata all'emergenza/urgenza ostetrica e 1 sala parto, situato al primo piano, attualmente non in uso.
  - Ambulatorio di Endoscopia Digestiva, situato al primo piano.
- **Ospedale Arnaldo Angelucci di Subiaco.** Presidio Ospedaliero.
  - Blocco Operatorio con 2 sale operatorie, di cui 1 per l'emergenza/urgenza (che diventeranno 3 al termine dei lavori di ristrutturazione in corso), situato al secondo piano;
  - Ambulatorio di Endoscopia Digestiva, situato al primo piano.
- **Ospedale SS. Gonfalone di Monterotondo.** Presidio Ospedaliero.
  - Blocco Operatorio con 2 sale operatorie, di cui 1 per l'emergenza/urgenza, situato al quarto piano;
  - Sala di Chirurgia Ambulatoriale, situata al quarto piano;
  - Ambulatorio di Endoscopia Digestiva, situato al quarto piano.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

In questo scenario la gestione delle sale operatorie deve dare attuazione agli obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale e concordati con i Direttori delle UU.OO.CC. nel processo di "*budget*".

La traduzione degli obiettivi nelle attività chirurgiche si esplica *in primis* nell'assegnazione delle sedute operatorie (spazi e tempi operatori) alle singole UU.OO. chirurgiche e, a seguire, nell'espletamento degli interventi chirurgici programmati mediante le liste operatorie.

Le liste operatorie (mensili, settimanali e giornaliere) rappresentano il passaggio dei pazienti dalle liste di attesa alle sale operatorie previa attuazione dei protocolli di preospedalizzazione e/o il ricovero (DS, ODS, WS, Ordinario).

La scelta dei pazienti da inserire nella lista operatoria è di competenza clinica esclusiva dei Direttori delle UU.OO. chirurgiche, deve essere coerente con gli obiettivi concordati con la Direzione Aziendale in sede di "*budget*" e deve essere basata su due criteri fondamentali:

a. **grado di priorità clinica;**
b. **durata dell'attesa.**

I due criteri fondamentali di scelta sopra indicati attengono all'etica, alla soddisfazione dei pazienti sul servizio ricevuto ed alla qualità/efficienza delle cure a loro prestate dall'Ospedale.

Al fine di poter assicurare la congruità tra il perseguimento degli obiettivi di produzione concordati in sede di *budget* e la concreta attuazione di tali obiettivi, è necessaria una programmazione annuale ("*Master Surgical Schedule*"), che definisca in anticipo il numero e le tipologie degli interventi chirurgici che si intende eseguire in relazione alla disponibilità delle sale operatorie e delle risorse umane sull'intero arco dell'anno, tenendo conto anche degli interventi di manutenzione, ordinaria/straordinaria, strutturale e/o impiantistica sulle sale e delle riduzioni di personale durante i periodi di ferie.

Tale programmazione annuale deve essere inoltrata alla Direzione Strategica entro e non oltre il 15 dicembre dell'anno precedente.

Nell'attuale situazione sono state registrate nella nostra azienda delle **criticità maggiori** che producono un uso delle risorse non correlato con la produzione finale e che sono riferibili a delle disfunzioni indicate di seguito a titolo indicativo e non esaustivo:

- ritardi dell'arrivo dei pazienti ai blocchi operatori;
- ritardi dell'arrivo degli anestesisti;
- ritardi dell'arrivo dei chirurghi;
- aggiunte estemporanee alla lista operatoria;
- buchi nella lista operatoria per non disponibilità dei pazienti a vario titolo o di apparecchiature, presidi o figure professionali;
- documentazione dei pazienti incompleta;
- lunghi tempi di ripristino della sala operatoria tra interventi successivi;
- sforamenti dell'orario di termine degli interventi a fine seduta;

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- fine attività in eccessivo anticipo rispetto all'orario disponibile di sala operatoria con rinvio di interventi in lista;
- variazione delle liste operatorie dopo il tempo previsto.

Una delle funzioni del presente regolamento, in questa fase, è dare soluzione alle criticità sopra elencate ed ottimizzare i tempi di utilizzo delle sale operatorie rispetto alle prestazioni chirurgiche eliminando prioritariamente i tempi di inutilizzo e, secondariamente, intervenendo sui tempi migliorabili con correttivi adeguati.

La scelta dei pazienti da inserire e l'ordine di inserimento dei pazienti nella lista operatoria mensile/settimanale e nella lista operatoria giornaliera, in relazione ai criteri di organizzazione sopra elencati o a eventuali altri, compete ai Direttori delle UU.OO. chirurgiche o un suo delegato.

I Direttori delle UU.OO. chirurgiche ai fini della redazione delle liste operatorie possono avvalersi delle competenze di terze figure professionali:

- il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria, incaricato dell'organizzazione complessiva delle sale operatorie;
- il Direttore dell'UO di Anestesista e Rianimazione di riferimento, responsabile del Blocco Operatorio;
- i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori.

Il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria deve essere in rapporto diretto con la Direzione Aziendale, afferire alla Direzione Sanitaria e avere rapporti diretti e ordinari con:

a) il Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali;
b) i Direttori dei Dipartimenti;
c) i Direttori delle UU.OO. chirurgiche;
d) i Direttori delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione;
e) i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori;
f) la Farmacia;
g) la Medicina Trasfusionale.

La sua funzione è di responsabilità nell'uso di tutte le sale operatorie, nel rispetto dei principi generali sin qui indicati. Tuttavia, l'aspetto principale della sua funzione non è quella di "*controller*" ma quella di "facilitatore" delle attività, che potrà esercitare in virtù della sua conoscenza dei processi operatori e delle problematiche gestionali, in relazione alle quali potrà intervenire a livello decisionale con autorevolezza.

In caso di controversia il Chirurgo e/o l'Anestesista e/o il Coordinatore Infermieristico attivano il Dirigente Medico Coordinatore che, per conto della Direzione Sanitaria, dirime la controversia secondo i principi e le norme enunciate nel presente regolamento.

Il presente regolamento istituisce ai fini dell'integrazione gestionale delle camere operatorie il **Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC)** costituito da:

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

a) il Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria;
b) il Direttore di Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali;
c) Il Direttore di Dipartimento dei Servizi;
d) il Direttore di Dipartimento DEA;
e) il Direttore di Dipartimento di Chirurgia;
f) il Direttore di Dipartimento Materno-Infantile;
g) i Direttori e i Responsabili delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione;
h) il Direttore dell'UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari e Analisi dei Processi Assistenziali;
i) Il Direttore dell'UOC Innovazione Tecnologica;
j) il Direttore dell'UOSD di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;
k) le PP.OO. Infermieristiche coinvolte.

Al Comitato competono le seguenti funzioni di rilevante importanza:

- consulenza e riferimento in ordine alle problematiche organizzative per il Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria;
- valutazione del monitoraggio delle attività chirurgiche operatorie, in relazione al Regolamento, anche al fine di rimodulare gli *slot* operatori in relazione al monitoraggio degli indicatori di attività;
- consulenza e formulazione di proposte gestionali/operative per la Direzione Aziendale;
- riferimento tecnico – funzionale – organizzativo in corso di *audit*.

2. SCOPO

Il presente regolamento di organizzazione delle camere operatorie dell'ASL ROMA 5 prende in considerazione i differenti percorsi clinico-assistenziali peculiari delle diverse discipline e, in ottemperanza di quanto previsto dalla Determinazione della Regione Lazio n. G11271 DEL 01/10/2020 e al documento tecnico regionale "Indicazioni Operative relative al percorso chirurgico e alle liste di attesa per intervento" del 26/10/2023, ha lo scopo di:

- definire le regole generali di funzionamento delle camere operatorie per ottimizzare i tempi di utilizzo delle sale operatorie 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 alle camere operatorie;
- 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 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 la ASL ROMA 5. Per tale motivo, una gestione corretta ed efficiente consente di orientare le performance assistenziali

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

nel miglioramento della qualità assistenziale e nel raggiungimento degli obiettivi economici dell'ospedale.

Il presente progetto individua quale obiettivo generale quello di riconfigurare la rete chirurgica aziendale in relazione al fabbisogno territoriale stimato, garantendo la massima prossimità dell'offerta con riguardo alla qualità dell'assistenza e all'appropriatezza del setting erogativo.

Strumenti imprescindibili per il raggiungimento degli obiettivi proposti sono rappresentati dall'innovazione delle dotazioni strumentali, dalla riorganizzazione del personale afferente al Dipartimento di Chirurgia e al Dipartimento di Emergenza e Accettazione aziendali, anche con modalità di assegnazione dinamiche e flessibili delle risorse, e dal potenziamento dell'offerta formativa, volta al miglioramento della *clinical competence* di ogni operatore coinvolto, anche attraverso la stipula di convenzioni con strutture universitarie e altamente specializzate, corsi di formazione e *training* mirati.

Ulteriore livello propedeutico alla realizzazione del progetto è costituito dal potenziamento della rete diagnostica pre-chirurgica, con particolare riguardo all'endoscopia dell'apparato digerente e alla diagnostica per immagini.

La redazione del presente regolamento si inserisce inoltre in un momento storico di profonda rivoluzione nell'assetto strutturale ed informatico dell'ASL ROMA 5.

Si sta perfezionando in questi mesi l'implementazione e adozione di una nuova cartella clinica informatizzata, che consentirà di omogeneizzare i flussi informativi sanitari all'interno dei vari reparti. All'interno dello stesso applicativo informatico, si sta procedendo alla realizzazione di un nuovo registro operatorio informatizzato. Lo sviluppo di questi processi, finalmente allineati in uno stesso pacchetto organizzativo, consentirà una omogeneità nella trasmissione delle informazioni, una agevolazione nei processi sanitari quotidiani ed una maggiore concordanza nei contenuti documentali relativi al paziente.

Contestualmente alle innovazioni informatiche si sta peraltro procedendo all'ultimazione della ristrutturazione dei locali siti presso tutti i Presidi Ospedalieri.

Le nuove disponibilità di sale operatorie consentiranno all'ASL ROMA 5. di incrementare i volumi di produzione chirurgica, garantendo una maggiore offerta assistenziale alla popolazione e proiettando un guadagno economico consistente per il bilancio dell'ospedale. Tale disponibilità comporterà l'impegno di una gestione organica ed efficiente dei nuovi spazi operatori, nel rispetto dei principi e delle regole definite nel presente documento.

Su mandato della Direzione Aziendale, è stato approntato un apparato organizzativo, con lo scopo di fornire una linea di condotta generale, che convogli gli sforzi comuni in una direzione condivisa per il superamento delle criticità attuali, in termini di qualità e razionalità delle azioni condivise ed integrate tra le varie professionalità, in una visione d'insieme armonica e non parcellizzata.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Il sistema delle regole è composto di Indicazioni Generali e di Istruzioni Operative/Procedure, che sono in parte attuate ed in parte attuabili contestualmente all'approvazione del regolamento.

Le Indicazioni Generali scaturiscono dalle osservazioni e dal contributo delle figure professionali sopra richiamate e dal lavoro di organizzazione delle stesse da parte dei componenti del Gruppo di Lavoro, su mandato regionale, appositamente istituito dalla Direzione Aziendale.

Alcune regole, e la maggior parte delle Istruzioni Operative/Procedure, sono già in uso ma in maniera disomogenea, non costante, non puntuale, non condivisa e non completa.

Si è cercato, pertanto, di integrarle in un sistema coerente, al fine di poterne trarre un risultato pratico adeguato e, soprattutto, commisurato alla complessità delle prestazioni professionali effettuate presso la nostra struttura, all'impegno profuso dagli operatori di elevati *skill* professionali e alla disponibilità e impiego di apparecchiature, dotazioni e strutture di alta tecnologia.

Per contro il Regolamento si impegna ad essere una risorsa dinamica di cultura sanitaria aperta alle modifiche ed alle integrazioni dovute ai subentranti valori tecnico-professionali caratteristica delle capacità assistenziale dei nostri ospedali. La flessibilità del Regolamento, la sua elasticità in ordine agli aggiornamenti scientifici e che comporterà le integrazioni e modificazioni che saranno apportate nel tempo, lo renderanno fruibile costantemente nella pratica quotidiana e adattabile alle mutevoli necessità operative e alle criticità che emergeranno nella fase attuativa.

In altre parole, il Regolamento costituisce la prima fase di un "*work-in-progress*", aperto ai miglioramenti possibili, che gli operatori suggeriranno, sulla base della loro esperienza.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

A CHI	Tutti gli operatori coinvolti dei contesti sanitari indicati nell'elenco sottostante.
DOVE	In tutte le strutture dell'ASL ROMA 5, dove vengono svolte le attività relative al funzionamento delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici.
QUANDO	Durante tutte le fasi di utilizzo delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

4. STRUTTURE COINVOLTE

4.1 Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli

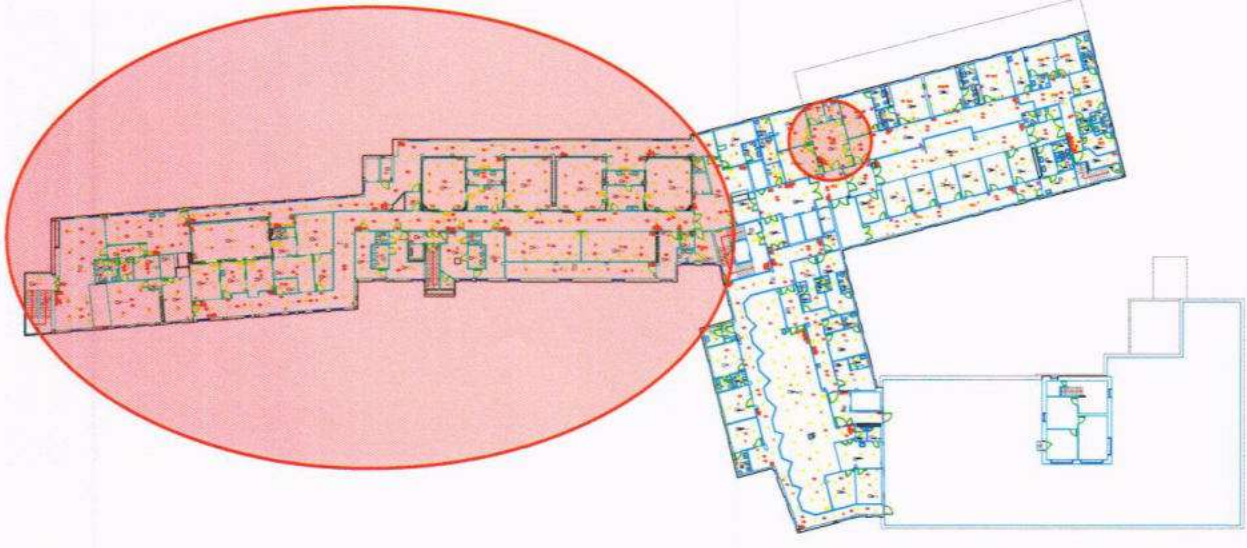
Palazzina A primo piano. Blocco Sala Parto con 1 sala operatoria e due sale parto.

Palazzina A secondo piano. Sala Emodinamica e Sala *Pacemaker*.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Palazzina A quarto piano. Ambulatorio di Endoscopia Digestiva.

Palazzina A quinto piano. Blocco Operatorio con 5 sale operatorie + Sala di Chirurgia Ambulatoriale.



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

4.2 Ospedale Leopoldo Parodi Delfino di Colleferro

Piano rialzato. Sala *Pacemaker*.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

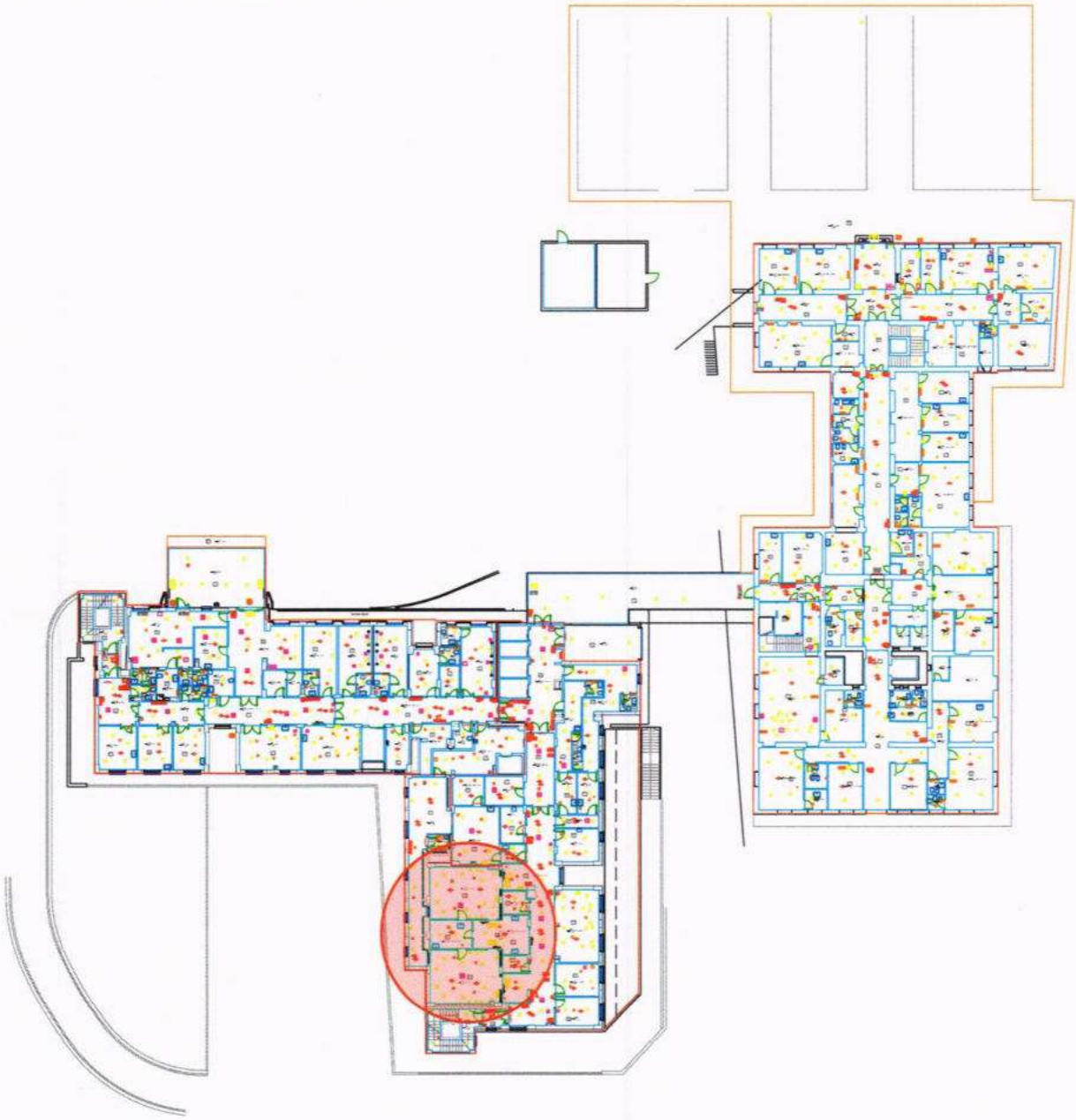
Piano primo. Blocco Operatorio con 4 sale operatorie + Sala di Chirurgia Ambulatoriale.

Piano secondo. Ambulatorio di Endoscopia Digestiva.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

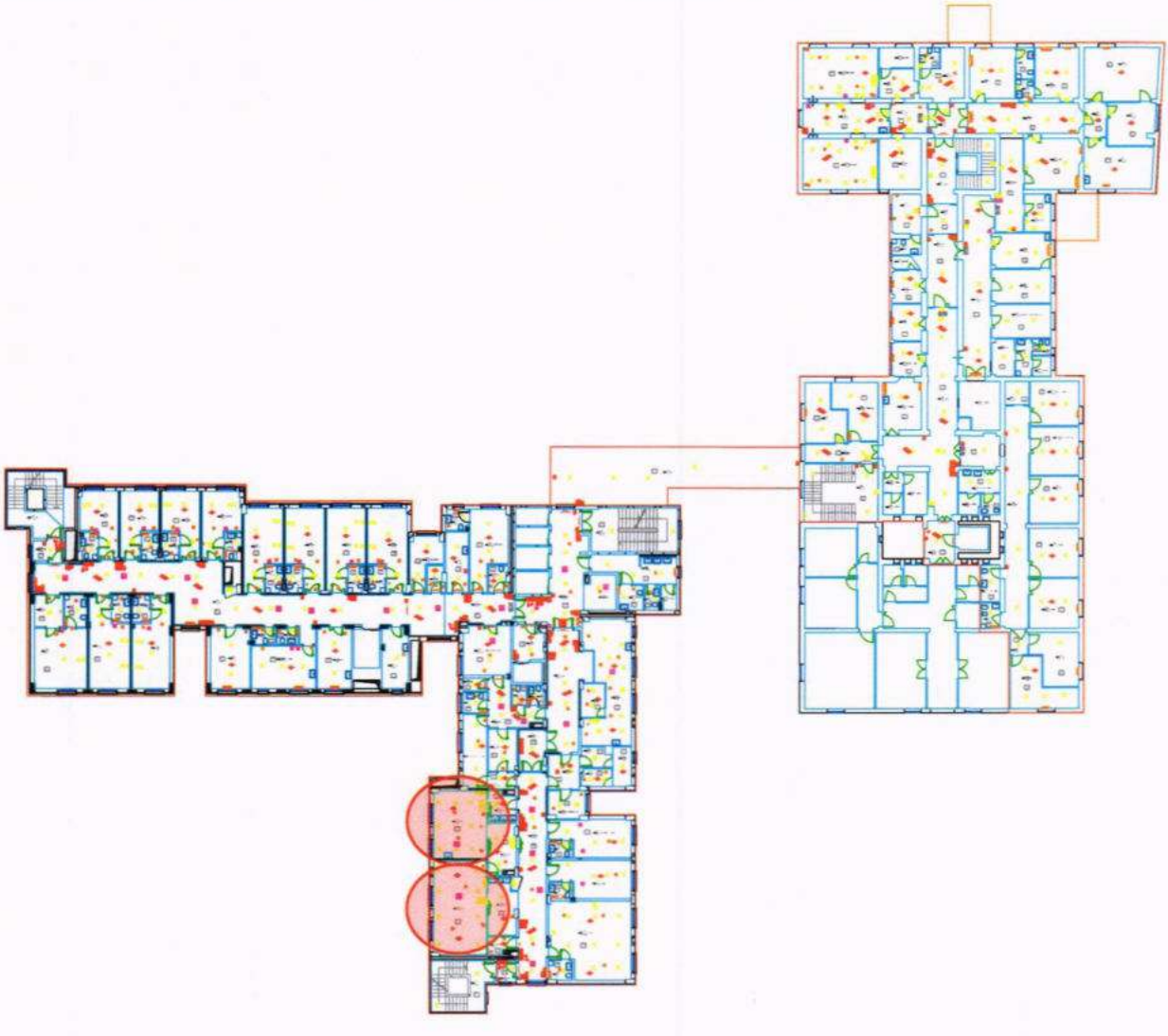
4.3 Ospedale Coniugi Bernardini di Palestrina

Piano terra. Blocco Operatorio.



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

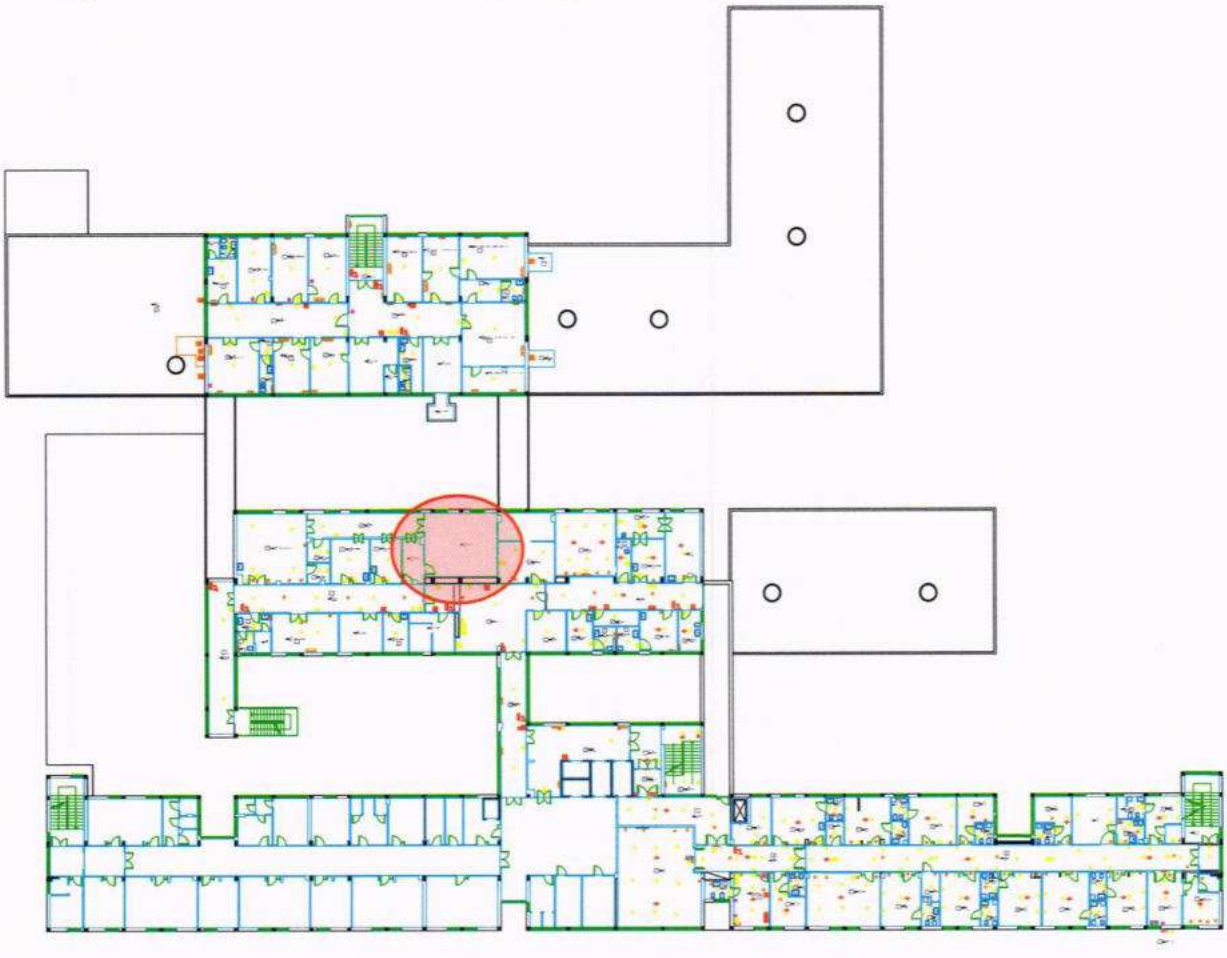
Piano primo. Blocco Sala Parto + Ambulatorio di Endoscopia Digestiva.



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

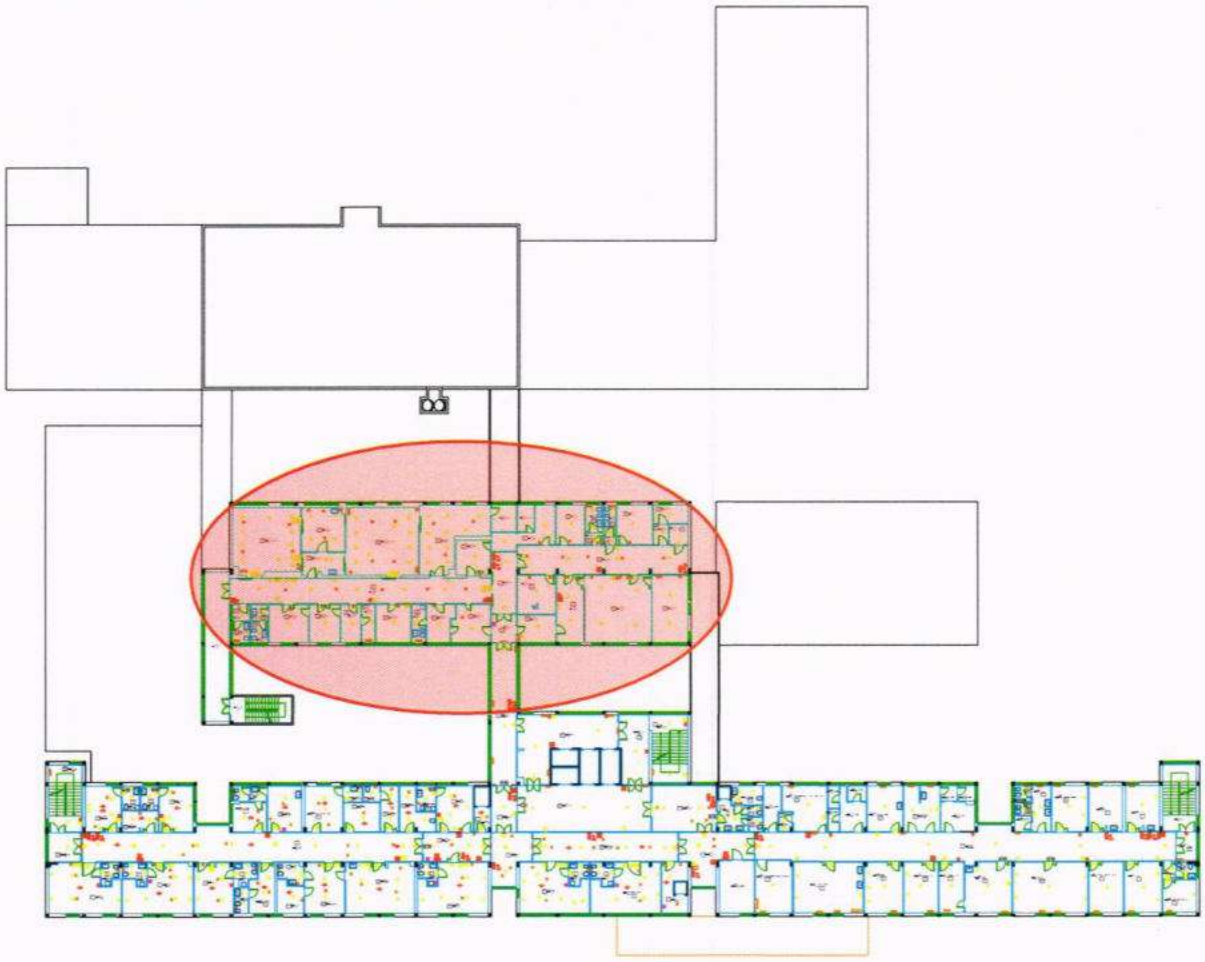
4.4 Ospedale Arnaldo Angelucci di Subiaco

Piano primo. Ambulatorio di Endoscopia Digestiva.



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

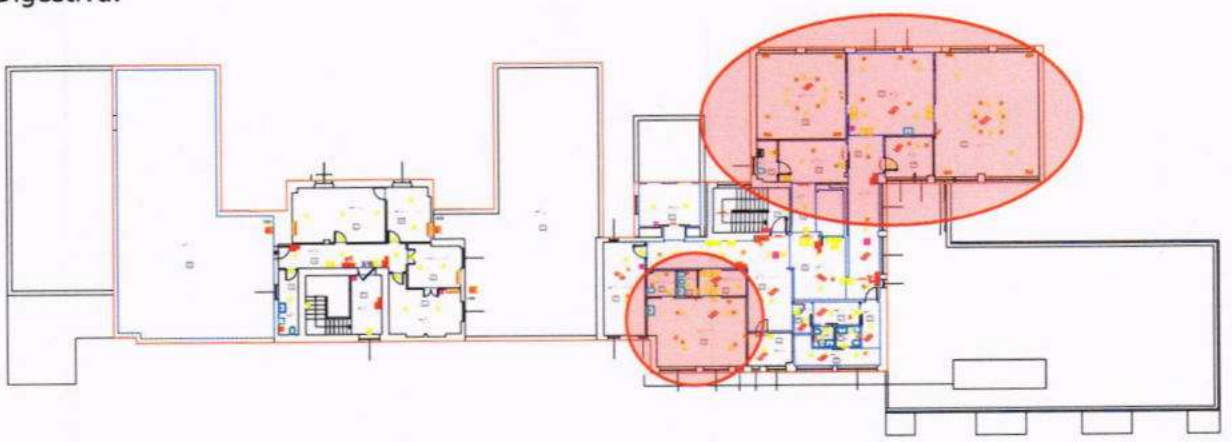
Piano secondo. Blocco Operatorio.



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

4.5 Ospedale Ss. Gonfalone di Monterotondo

Piano quarto. Blocco Operatorio + Sala di Chirurgia Ambulatoriale + Ambulatorio di Endoscopia Digestiva.



5. RIFERIMENTI

- "Patto per la salute 2019-2021", 19/207/SR08/C7 INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021.
- "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015" approvato con Del. 05/11/2014, n. 91.
- La determina regionale n. G11271 del 01/10/2020: Recepimento dell'"Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28/08/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 09/07/2020 (Rep. atto n. 100/CSR).
- Il documento regionale "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura" del 26/10/2023.

6. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ACS-NSQIP	*National Surgical Quality Improvement Programs*
ACT	Tempo di Coagulazione Attivato
ASL ROMA 5	Azienda Sanitaria Locale Roma 5
ASA	*American Society of Anesthesiologists Classification*
BO	Blocco Operatorio
CA	Collaboratore Amministrativo

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Cartella ambulatoriale informatizzata	*Software* di ambulatorio e percorsi preoperatori
Cartella clinica informatizzata	*Software* di reparto e ricovero
CMR	Centro Mobile di Rianimazione
COGBO	Coordinamento aziendale dei Blocchi Operatori
CPSI	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
CPSIE	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DH	*Day Hospital*
Dirig. Amm.	Dirigente Amministrativo
DS	*Day Surgery*
DPI	Dispositivi di Protezione Individuali
DPS	Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali
DM	Dispositivi Medici
DMI	Dispositivi Medici Impiantabili
ETP	L'Educazione Terapeutica del Paziente
Elezione o programmata o chirurgia elettiva o chirurgia programmata	Necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo tramite l'assegnazione di una delle classi di priorità chirurgica ministeriali
Emergenza	Necessità di intervento chirurgico immediato
FO	Funzione Organizzativa
GAPAC	Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica
GBO	Gruppo operativo del Blocco Operatorio
GIPSE	Gestione Informazioni Pronto Soccorso Emergenza
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
LDA	Liste Di Attesa
LO	Lista Operatoria
LOC	Lista Operatoria Concordata
LOV	Lista Operatoria in Valutazione
MMG	Medico di Medicina Generale
PACS	*Picture Archiving and Communication System*
PACU	*Post-Anesthesia Care Unit*
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PO	Preospedalizzazione
PS	Pronto Soccorso

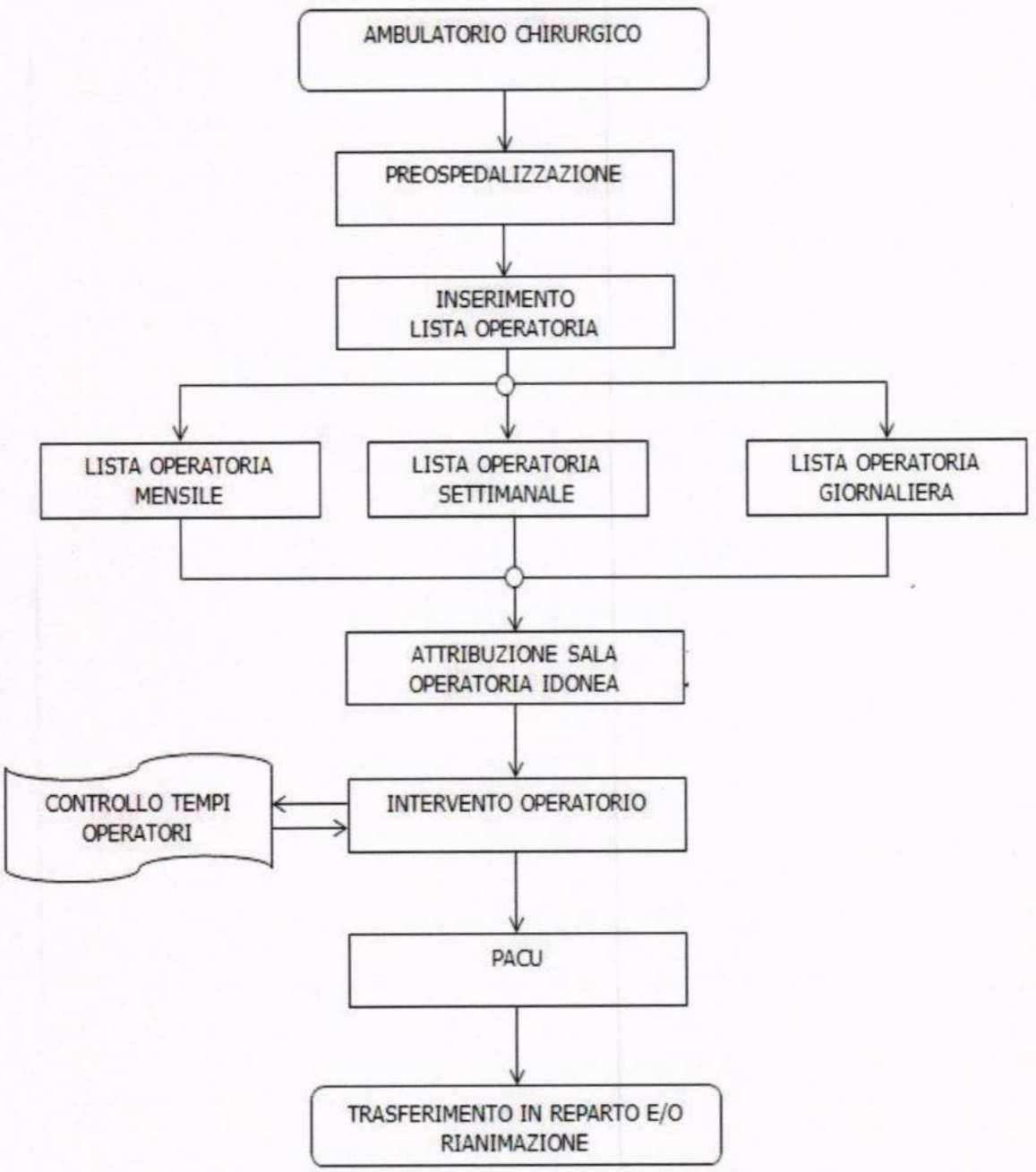
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

PSAAC	Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica
Registro operatorio informatizzato	*Software* di sala operatoria comprendente funzioni di composizione di note operatorie settimanali e giornaliere
RSSP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
PS	Pronto Soccorso
RiskUR	Indicatori di Rischio Chirurgico in Urgenza
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SIS	Sistema Integrato Sanitario
SLOT	Servizio Logistico Trasporti
SO	Sala Operatoria
STU	Scheda Terapeutica Unica
TI	Terapia Intensiva
TIPO	Terapia Intensiva Post-Operatoria
TNT	Tessuto Non Tessuto
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UU.OO.	Unità Operative
UU.OO.CC.	Unità Operative Complesse
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
WS	*Week Surgery*

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

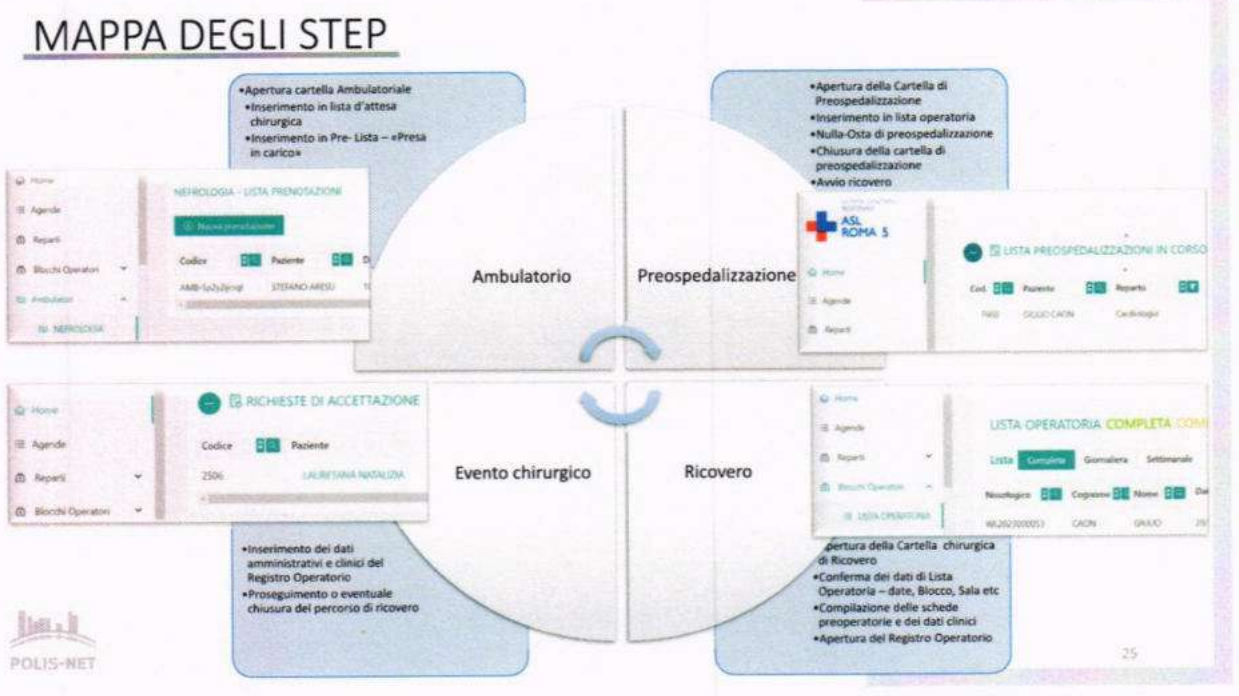
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO

7.1 Interventi in elezione



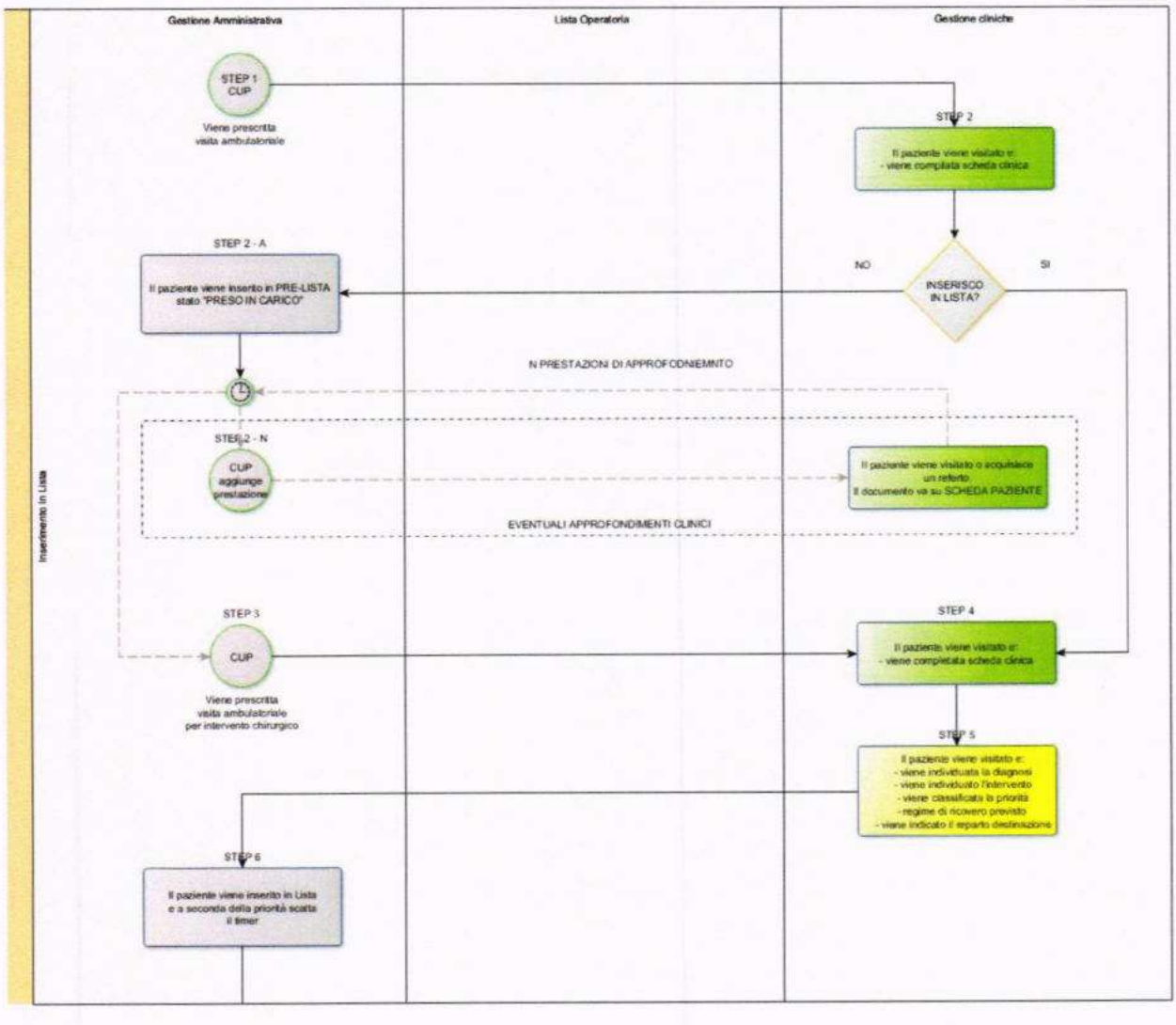
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

7.2 Sistema Integrato Sanitario (SIS): *step* del percorso chirurgico



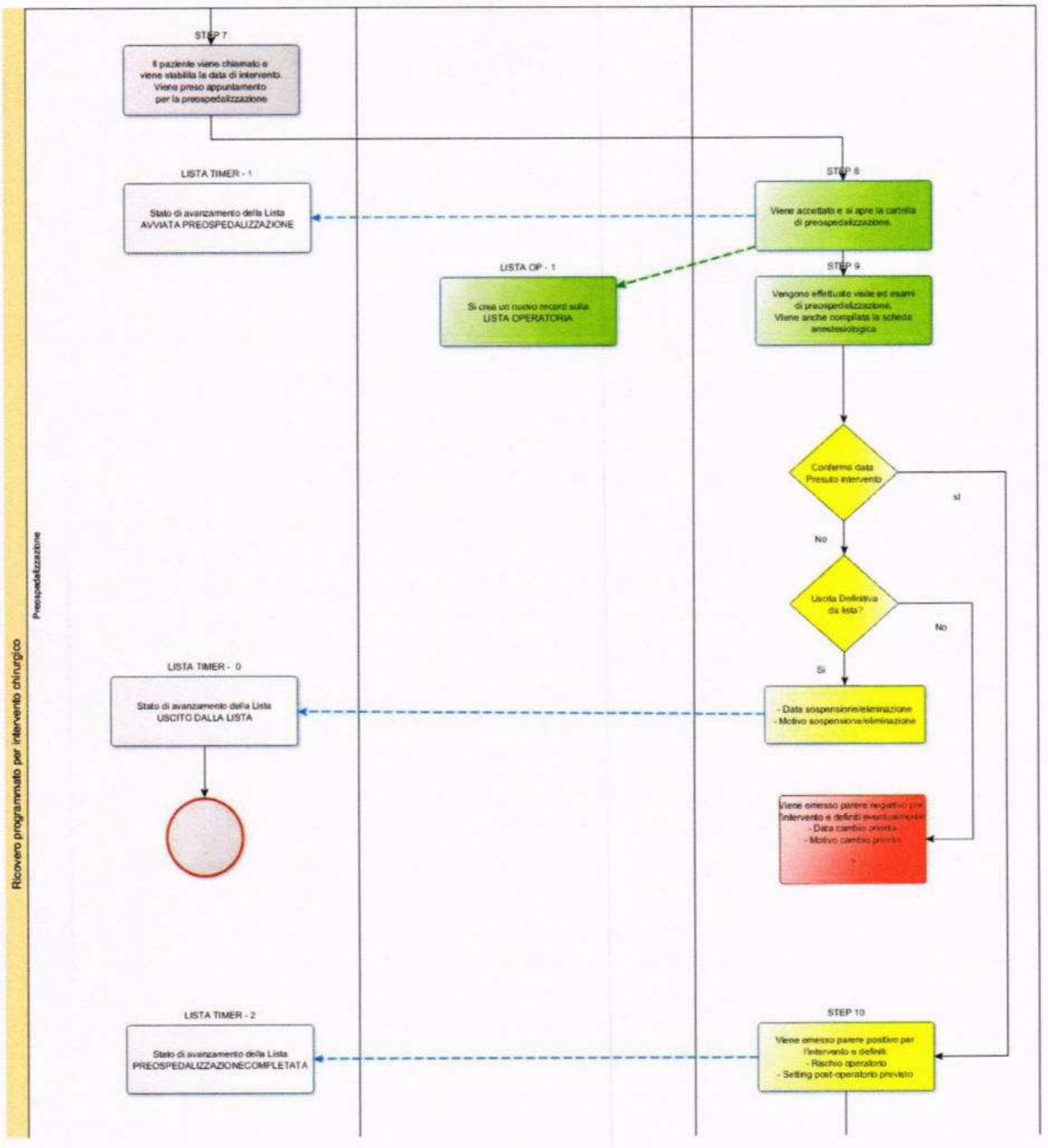
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

7.2.1 SIS: inserimento in lista

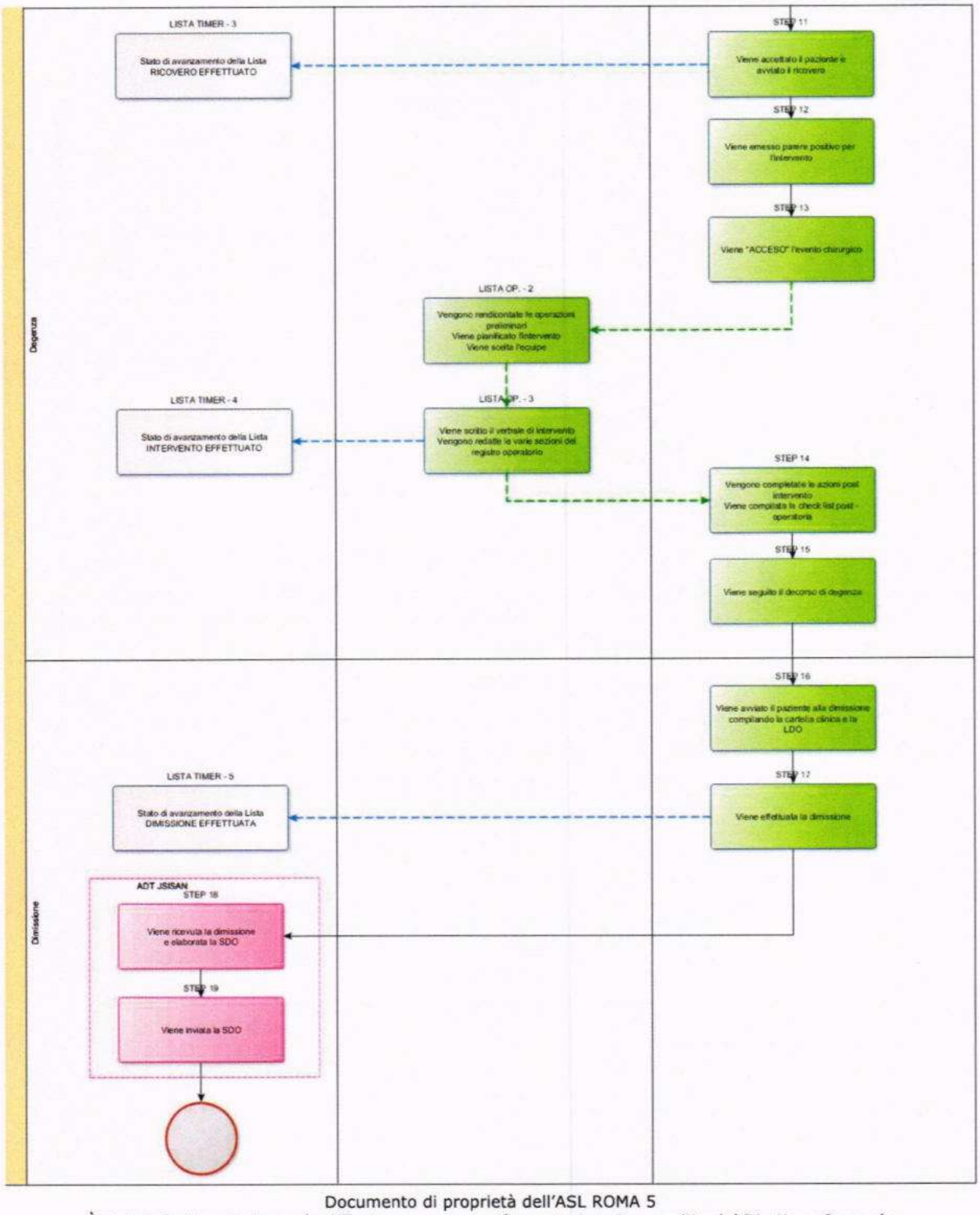


Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

7.2.2 SIS: ricovero programmato per intervento chirurgico

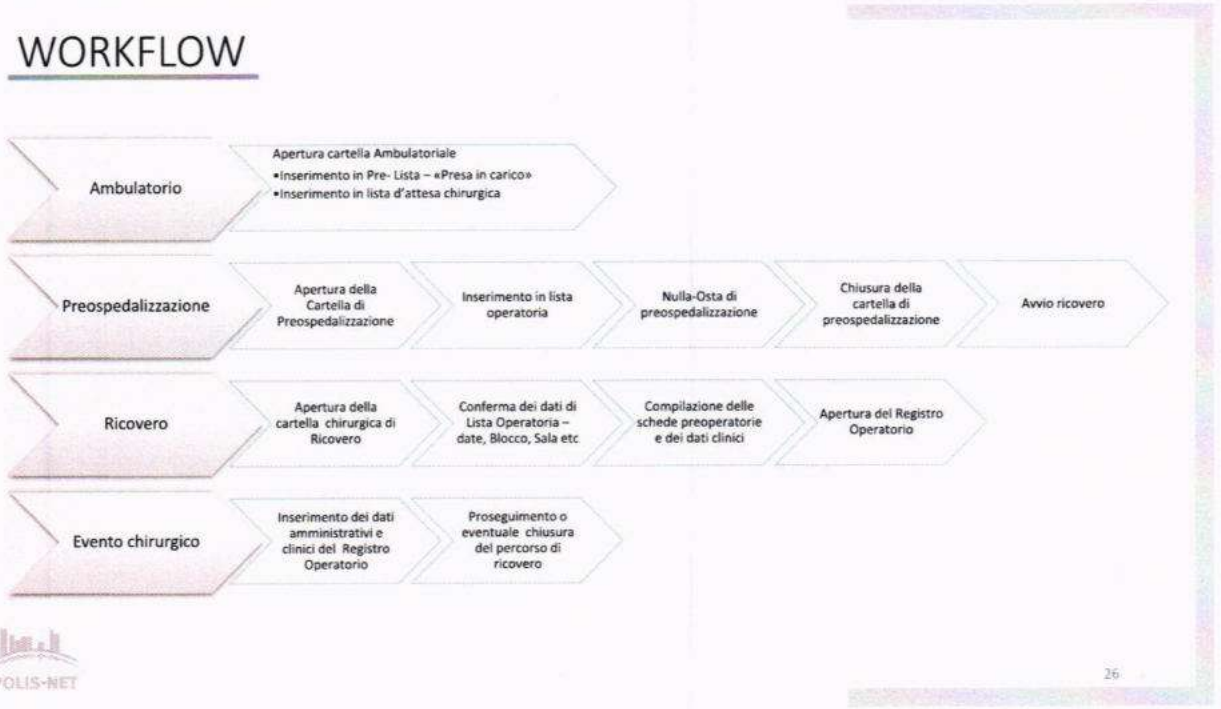


Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



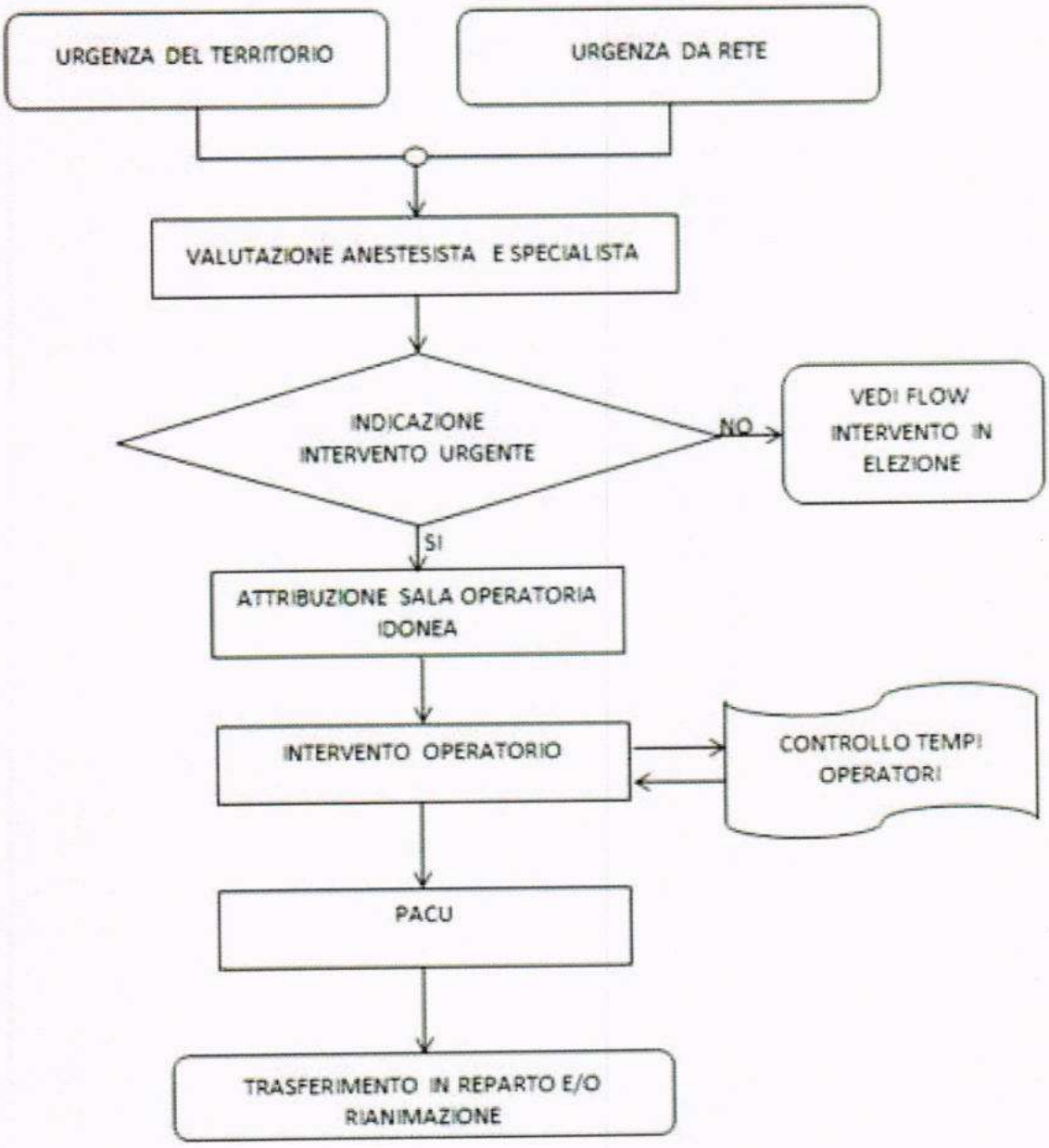
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

7.2.3 SIS: *workflow*



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

7.3 Interventi in urgenza



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8. MODALITA' ESECUTIVE

8.1 Principi generali

Il grado di efficienza delle attività chirurgiche operatorie è correlato in massima misura ai tempi di utilizzazione delle sale operatorie, che sono correlati direttamente ai tempi di impiego delle risorse umane e tecnologiche.

I tempi che danno ragione delle attività operatorie e quelli ad esse correlati sono stati distinti in tre tipologie in ordine alla possibilità di intervento sugli stessi. Il grado di efficienza delle sale operatorie dipende dalla capacità di massimizzare i tempi d'impiego delle risorse umane e tecnologiche e dai tempi di utilizzo delle stesse.

La variabile temporale, che ruota intorno ad un corretto e funzionale utilizzo delle sale operatorie, prevede la distinzione in tre tipologie:

1. **Tempi Obbligati** – che corrispondono alle attività cliniche effettuate sul paziente e non possono essere ridotti, anche se riconoscono una variabilità legata alle diverse condizioni anatomiche e cliniche dei pazienti e ai differenti "*skill*" degli operatori sanitari;
2. **Tempi Migliorabili** – che corrispondono alle attività di predisposizione delle sale operatorie e di trasferimento dei pazienti da e verso i Reparti di Degenza e/o la Terapia Intensiva-Subintensiva;
3. **Tempi Inutilizzati** – che corrispondono alle attese, ovvero ai tempi vuoti tra le attività di preparazione e di trasferimento dei pazienti e di allestimento delle sale operatorie.

Gli interventi possibili dal punto di vista della re-ingegnerizzazione delle attività riguardano principalmente i **tempi inutilizzati** determinati principalmente da **carenze dell'organizzazione** e/o da comportamenti anomali degli operatori e riscontrabili principalmente nelle **aree di confine** tra strutture operative diverse e contigue nella realizzazione delle attività.

I tempi inutilizzati inoltre, si registrano quando e dove devono incontrarsi più **operatori di qualifiche diverse**: Infermiere, Anestesista, Chirurgo, Operatore Sanitario (Tecnico Sanitario di Radiologia Medica), con riferimento al teatro d'intervento degli stessi in sala operatoria e in PACU.

I tempi inutilizzati possono essere contratti e/o eliminati solo mediante una forte **integrazione dei processi assistenziali**, la comune adozione di percorso clinico–assistenziale e mediante il ricorso strutturato a momenti di dialogo quotidiano tra gli operatori responsabili delle diverse linee di attività che concorrono all'espletamento delle procedure chirurgiche (*meeting* organizzativi multidisciplinari).

I **tempi migliorabili** sono quelli impiegati per svolgere attività che possono essere più fluide e rapide mediante opportune modifiche, in una logica di "***lean-organization***", ad esempio passando da procedure operative del tipo "*push*" (spingere: ovvero gestire il processo in anticipo

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

rispetto alla richiesta/necessità futura), a procedure di tipo "*pull*" (tirare: ovvero avviare il processo successivamente alla necessità con un'azione a richiesta), o utilizzando metodi di rifornimento del tipo "*just-in-time*" (appena in tempo: coordinare la programmazione del processo in rapporto alla disponibilità delle risorse necessarie).

La metodologia "*pull*" deve esplicitarsi principalmente nell'adozione di ***"check-list"*** preidentificate, di metodologie specifiche di approvvigionamento dei farmaci e dei presidi chirurgici che deve poggiare sulla **standardizzazione/uniformazione delle dotazioni di base** delle sale operatorie (apparecchiature per anestesia, carrelli e relativi cassetti, pacchi di sterilizzazione etc.).

Devono essere regolamentati ed ottimizzati i tempi della "**pausa pranzo**" e il "**cambio a vista**" per tutti gli operatori sanitari in attività presso i blocchi operatori al fine di giungere alla più fluida fruizione possibile degli spazi operatori assegnati senza interruzione della normale attività di camera operatoria.

NOTA BENE:

- il "cambio a vista" riguarda tutti gli operatori sanitari ed avviene al tavolo operatorio;
- ha accesso alla "pausa pranzo" per la durata di 30' solo chi effettua il turno 7.00/8.00-20.00/21.00. In occasione della "pausa pranzo" l'attività chirurgica di sala operatoria non può essere interrotta, se non per il tempo necessario alla sanificazione e preparazione della sala operatoria tra due interventi.

8.2 Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica "GAPAC"

Ai sensi della Determinazione n. 14406 del 28/09/2020 "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura", l'ASL ROMA 5 ha istituito Il GAPAC con i seguenti obietti e finalità:

1. individuare modalità gestionali ed organizzative coerenti con la complessità dell'attività dei blocchi operatori;
2. revisionare il regolamento aziendale di attività dei blocchi operatori; ridefinire i ruoli, le responsabilità e i compiti di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso del paziente chirurgico;
3. ottimizzare l'impiego di risorse umane, tecniche, strumentali e logistiche;
4. omogeneizzare ed armonizzare gli standard operativi e contestualizzare a livello aziendale raccomandazioni e linee guida;
5. garantire la presa in carico globale nell'ambito di PDTA integrati tra territorio e ospedale, con il possibile coinvolgimento, mediante specifiche convenzioni, anche nell'ambito delle reti oncologiche, di Aziende dotate di reparti ad alta specializzazione per le diverse branche interessate, secondo il modello *hub&spoke*;
6. incrementare il tasso di *turn-over* dei posti letto di area chirurgica, attraverso la definizione di strategie aziendali condivise;

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

7. revisionare il *panel* di interventi erogabili in ciascun presidio ospedaliero, in coerenza con l'intensità di cura prevista;
8. implementare di liste di attesa uniche ed informatizzate per i Poli Ospedalieri di Tivoli/Monterotondo/Subiaco e di Colleferro/Palestrina nell'ottica della massima trasparenza ed equità di accesso alle cure;
9. attivare percorsi integrati di assistenza infermieristica al paziente chirurgico eleggibile, secondo il modello di assistenza per intensità di cura;
10. potenziare rapporto territorio-ospedale, anche attraverso periodici momenti di condivisione tra gli specialisti ospedalieri, il livello distrettuale e i MMG;
11. implementare cruscotto di monitoraggio dei livelli di attività, anche con riguardo all'efficiente utilizzo degli spazi operatori e del personale, e alla riduzione delle liste di attesa per intervento chirurgico;
12. istituire gruppi di lavoro multidisciplinari dedicati alla programmazione, pianificazione e controllo operativo delle attività chirurgiche;
13. potenzia la struttura preposta al governo del rischio clinico, con particolare riguardo all'abbattimento del rischio nella gestione dei pazienti di interesse chirurgico, anche al fine del contenimento del fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

La riorganizzazione dell'attività chirurgica costituisce un obiettivo strategico della Direzione Generale, finalizzato a garantire un percorso per *setting* assistenziali e complessità di cura, efficiente per il paziente, contestualizzato in ciascuna struttura ospedaliera e adottato con specifico atto aziendale.

La Direzione Strategica ha il compito di guidare le fasi del processo coinvolgendo le figure professionali in funzione della competenza ed esperienza necessaria per il raggiungimento degli obiettivi specifici, privilegiando la partecipazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Nel sistema di governo i ruoli di responsabilità sono assunti da:

- Direzione Sanitaria con il ruolo di coordinamento del processo di riorganizzazione dell'attività chirurgica;
- Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC) multidisciplinare e multiprofessionale dalla prima visita ambulatoriale alla dimissione e *follow-up*;
- Gruppo Operativo del Blocco Operatorio (GBO) multidisciplinare e multiprofessionale.

È prevista l'attivazione di un Coordinamento aziendale dei Blocchi Operatori (COGBO).

Il Direttore Sanitario Aziendale e, per sua delega, il Referente Aziendale per i percorsi chirurgici coordinano il Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC) con l'obiettivo di utilizzare le risorse dell'intero ospedale in un'ottica di appropriatezza e integrazione organizzativa in grado di garantire la massima capacità produttiva, la presa in carico in sicurezza e l'evoluzione professionale.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Il GAPAC è un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale ristretto in cui siano rappresentate, in relazione alla propria organizzazione, le figure professionali di anestesia e rianimazione, chirurgia generale, chirurgia specialistica, professioni sanitarie, gestione operativa, i *case manager* del percorso chirurgico e del GBO.

La Direzione strategica indicherà tra queste professionalità il responsabile operativo dell'attività di governo clinico.

Il GAPAC ha il mandato di formulare il Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC), individuando gli strumenti per l'attuazione ed il monitoraggio del percorso per il paziente chirurgico, dalla presa in carico al *follow up*, coinvolgendo le diverse professionalità aziendali.

8.2.1 Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC)

Il PSAAC contiene gli obiettivi di:

Programmazione:

- istituire un modello gestionale del percorso chirurgico e di sala operatoria ponendo attenzione alla separazione dei percorsi emergenza/urgenza da quello di elezione e identificando una gestione distinta tra *setting* in base al livello di complessità chirurgica;
- definire la capacità operativa per spazi, tempi di attività, dotazione e risorse professionali e per utilizzo integrato delle risorse disponibili;
- identificare modalità di revisione periodica della lista di attesa aziendale;
- organizzare l'attività chirurgica secondo criteri di appropriatezza e priorità cliniche in relazione alle risorse.

Governo:

- definire i criteri per standardizzare i flussi di pazienti e risorse nell'ambito del percorso chirurgico secondo la complessità e il *setting*;
- definire le modalità di coordinamento dei GBO per presenza di più blocchi operatori;
- istituire una metodologia di collaborazione con il *bed management* per l'integrazione con il territorio per la presa in carico globale del paziente;
- predisporre il programma degli interventi di *Antimicrobial Stewardship*, previsti per il controllo delle infezioni del sito chirurgico;
- identificare gli interventi per la gestione del rischio clinico attraverso l'analisi degli eventi avversi e sentinella.

Verifica:

- monitorare il percorso chirurgico producendo *report* periodici di processo organizzativo e di esito clinico secondo indicatori misurabili e volumi di attività;
- prevedere obiettivi intermedi e progressivi per garantire la piena attuazione delle azioni previste dal programma aziendale.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Il GAPAC coordina l'attività della fase preoperatoria, attraverso il *case manager* di riferimento di formazione professionale, e la gestione delle sale operatorie attraverso il Gruppo Operativo del Blocco Operatorio (GBO), che ha il compito di attuare gli indirizzi aziendali.

La Direzione Sanitaria, attraverso la Direzione Medica di Presidio ove possibile, si relaziona con i/il coordinatore/i del GBO costituito da due professionalità, una di formazione medica e l'altra delle professioni sanitarie.

A livello di Direzione Sanitaria Aziendale viene nominato un Coordinatore dei GBO (COGBO).

8.2.2 Programmazione della lista operatoria

Il GAPAC gestisce la programmazione aziendale dell'attività chirurgica con l'obiettivo di garantire l'accesso all'intervento con una tempistica coerente con la priorità clinica indicata.

La programmazione ha il fine di integrare, a livello aziendale, la lista di attesa con le risorse disponibili, l'organizzazione dei blocchi operatori e delle unità operative con le necessità per *setting* assistenziale e per intensità di cura. La modalità organizzativa deve consentire, in modo flessibile, il pieno utilizzo della potenzialità produttiva e la sua finalizzazione secondo criteri clinici di priorità.

Il GAPAC programma l'attività chirurgica con cadenza trimestrale, definendo gli obiettivi di attività realizzabili, e coordina ogni settimana l'omogeneizzazione delle liste operatorie proposte dai GBO coinvolgendo i professionisti. (Vedi capitoli 8.3 e 8.3.1)

8.2.3 Programma di miglioramento "*Audit & Feedback*"

La Direzione Sanitaria ha il compito di sviluppare un programma di miglioramento del percorso chirurgico secondo la metodologia di "*Audit e Feedback*" da prevedere nel PSAAC.

Il Gruppo di lavoro regionale ha il compito di redigere un report annuale contenente i risultati del programma di riorganizzazione del percorso chirurgico.

L'efficacia delle strategie di *Audit e Feedback* è ben conosciuta nella letteratura scientifica e nella pratica clinica, sebbene le modalità di applicazione siano variabili a seconda dei contesti clinici ed organizzativi.

La strategia di *Audit e Feedback* è caratterizzata da *briefing* e *de-briefing* periodici sugli indicatori del percorso di cura e degli esiti. La Direzione Sanitaria ha un ruolo di partecipazione attiva, come Coordinatore dell'intero processo chirurgico, da questi incontri deduce le indicazioni agli interventi necessari per il programma di miglioramento.

Questa attività viene attuata nell'ambito della educazione medica continua prevista come "formazione sul campo" con l'obiettivo di valorizzare le risorse interne, individuando e responsabilizzando le competenze professionali in relazione ai contenuti delle azioni previste.

Il GAPAC ha l'obiettivo, attraverso i *report* previsti, di studiare la gestione dei percorsi dei pazienti chirurgici nei diversi *setting* assistenziali, elezione o urgenza ad alta,

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

media o bassa complessità, individuando gli interventi necessari a superare le diverse criticità osservate.

Il *report* ha cadenza trimestrale, facendolo coincidere con l'attività di programmazione, deve contenere almeno le seguenti valutazioni statistico-epidemiologiche con descrizione dei processi relative a:

- valutazione preoperatoria multidisciplinare e multiprofessionale;
- rispetto della tempistica della lista di attesa e della degenza media preoperatoria;
- incidenza di infezioni del sito chirurgico e analisi dell'utilizzo degli antibiotici;
- utilizzo di posti letto ad alta intensità di cura in relazione al rischio operatorio;
- esito in relazione alla condizione patologica e al rischio operatorio.

La valutazione sull'appropriatezza dei percorsi chirurgici richiede la disponibilità di informazioni rilevate obbligatoriamente nei Sistemi Informativi Sanitari, per cui il nuovo flusso SIO dovrà essere implementato con ulteriori indicatori clinici in grado di consentire una corretta definizione del quadro clinico e del setting assistenziale.

Le informazioni necessarie a monitorare il percorso chirurgico e produrre il *report* trimestrale sono le seguenti:

Prericovero

- T0 data di inserimento nella lista di presa in carico, coincidente con la prima visita ambulatoriale chirurgica;
- T1 data di inserimento nella lista di attesa;
- Procedure diagnostiche;
- Classe di priorità;
- T2 data di idoneità in preospedalizzazione;
- Indicatore di rischio anestesiologico: *American Society of Anesthesiologists Classification* (ASA);
- Indicatore di rischio chirurgico: *National Surgical Quality Improvement Programs* (ACS-NSQIP) *Surgical Risk* o *score* specialistici.

Ricovero

- T3 data di ricovero;
- Regime di ricovero (ordinario a ciclo continuo e a ciclo diurno, chirurgia ambulatoriale);
- Reparto di ricovero;
- Intervento;
- Modalità: programmato/urgenza interna/emergenza-urgenza PS;
- Procedura chirurgica;
- Chirurghi operatori;
- Anestesista Rianimatore;
- T4 data ora entrata nel blocco operatorio;

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- T4 A data ora entrata in sala operatoria;
- Compilazione *Check-List*;
- Informazione incluse nella *Check-List* operatoria;
- T4 B data ora inizio preparazione anestesiologica;
- Tipo di anestesia;
- T4 C data ora incisione chirurgica;
- T4 D data ora sutura chirurgica;
- T4 E data ora uscita dalla sala operatoria;
- T4 F uscita blocco operatorio;
- Transito in Terapia Intensiva/Subintensiva;
- Procedure chirurgiche successive;
- Diagnosi relative alla patologia chirurgica e alle complicanze;
- Inserimento nelle diagnosi di codici per infezione sito chirurgico e infezione sistemica correlata all'assistenza.

Dimissione

- Esito;
- T5 data di dimissione clinica verso altro setting assistenziale;
- T5A data reale di dimissione dall'ospedale;
- T5B data prima visita in dimissione protetta;
- T5C data ultima visita in dimissione protetta;
- T5D data di ingresso in post-acuzie;
- T5E *score* clinici autonomia.

Il percorso chirurgico d'urgenza per il paziente proveniente da PS utilizza le seguenti informazioni aggiuntive:

- T0U data ora no di accesso in PS sostituisce da T0 a T2;
- TDU data ora diagnostica II livello come campo aggiuntivo;
- T3U data ora di ricovero;
- RiskUR Indicatori di rischio chirurgico in urgenza: *National Emergency Laparotomy*.

8.2.4 *Audit risk calculator* sostituisce Indicatori di rischio chirurgico

Il percorso chirurgico d'urgenza per il paziente ricoverato utilizza le seguenti informazioni aggiuntive:

- TDUR data ora diagnostica I/II livello eseguita in fase preoperatoria come campo aggiuntivo;
- RiskUR Indicatori di rischio chirurgico in urgenza: *National Emergency Laparotomy Audit risk calculator* sostituisce indicatori di rischio chirurgico.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

In caso di procedure chirurgiche aggiuntive devono essere inseriti per ciascuna di esse i campi relativi a intervento e informazioni T4.

Le linee di indirizzo prevedono l'attivazione di un sistema di sorveglianza specifico per le infezioni del sito chirurgico e le ICA, per cui, quando si determinano nel periodo post-operatorio, dovranno essere inserite nei campi di diagnosi della Scheda di Dimissione Ospedaliera con i seguenti codici:

- Altra infezione postoperatoria 998.59;
- Infezione da microrganismi resistenti ai farmaciV09.x;
- Sepsi 995.91;
- Sepsi severa associata a insufficienza acuta d'organo995.92;
- Shock settico785.52.

L'attività di sorveglianza prevede controlli sulle cartelle cliniche per le persone con degenze post-operatorie prolungate.

8.3 Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"

Il GBO, costituito da almeno due professionalità, una di formazione medica e l'altra delle professioni sanitarie, ha la responsabilità dell'organizzazione e della operatività del blocco operatorio attraverso le seguenti funzioni:

- attuare nel blocco operatorio gli interventi specifici identificati nel PSAAC;
- formare e aggiornare periodicamente il personale sugli interventi individuati;
- gestire la lista operatoria settimanale e giornaliera;
- monitorare il rispetto delle norme igienico-sanitarie e la messa in atto delle azioni per la gestione del rischio clinico in sala operatoria;
- produrre un report periodico sull'adesione al percorso chirurgico nel Blocco Operatorio e alle criticità emerse mediante la metodologia "*audit & feedback*" con il coinvolgimento attivo del personale sanitario che lavora nel Blocco Operatorio.

8.3.1 Liste operatorie e convocazione dei pazienti

In relazione alla programmazione del GAPAC, il GBO predispone la lista operatoria settimanale con anticipo di almeno una settimana, al fine di consentire una programmazione delle risorse, la disponibilità delle tecnologie e dei posti letto ad alta intensità di cura e l'eventuale correzione in corso di definizione.

L'anticipo della programmazione settimanale ha, anche, l'obiettivo di comunicare al paziente con tempi coerenti per la sua preparazione al ricovero, riducendo il rischio di rinunce con conseguente perdita di opportunità del sistema.

La scelta dei pazienti da inserire nella lista operatoria è di competenza clinica esclusiva dei Direttori delle UU.OO. chirurgiche ma deve essere coerente con il grado di priorità clinica e la durata dell'attesa.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

La chiamata del paziente deve avvenire utilizzando i diversi strumenti di contatto disponibili e si può concludere con le seguenti opzioni:

- conferma della disponibilità all'intervento chirurgico;
- sospensione per motivazioni personali o cliniche, per la quale viene identificato un intervallo temporale definito e durante la quale viene mantenuta la classe di priorità e non viene conteggiato il periodo previsto. Gli eventi di sospensione consentiti sono tre, dopo il terzo si determina, previo invio di una comunicazione ufficiale, la cancellazione dalla lista.
- cancellazione per intervento eseguito o, previo invio di una comunicazione ufficiale,
    - per mancata risposta,
    - per rifiuto dell'intervento chirurgico.

Nella lista operatoria settimanale il GBO inserisce le seguenti informazioni:

- data di idoneità in preospedalizzazione;
- unità operativa di provenienza;
- dati identificativi del paziente;
- patologia e intervento previsto;
- tempi necessari;
- chirurgo operatore;
- sala operatoria;
- necessità di sangue e/o emocomponenti;
- livello assistenziale postoperatorio e giorni prevedibili di ricovero;
- presidi, dispositivi, tecnologie da utilizzare;
- eventuale personale medico e tecnico da coinvolgere.

Il GAPAC verifica e valida la lista operatoria settimanale dei singoli blocchi al fine di ottimizzare e integrare le risorse per risolvere le situazioni di criticità o di ritardi nella programmazione aziendale.

A seguito della validazione i coordinatori del GBO predispongono la lista operatoria giornaliera inserendo:

- unità operativa di provenienza;
- dati identificativi del paziente;
- orario previsto;
- patologia e tipo di intervento, se necessaria la lateralità;
- segnalazione di allergie;
- percorso post-operatorio;
- disponibilità e numero di sangue ed emocomponenti previsti;
- chirurgo operatore;
- tipo di anestesia;
- anestesista;
- posizionamento del paziente.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

La lista operatoria deve essere rivalutata alla luce di eventuali imprevisti occorsi nei giorni precedenti.

Il GBO è responsabile della programmazione degli interventi chirurgici del blocco operatorio, che deve prevedere la possibilità di rendere prontamente disponibile una sala operatoria per l'attività di urgenza, laddove non ve ne sia una dedicata.

La lista operatoria giornaliera deve essere predisposta direttamente nel registro operatorio informatizzato entro le ore 10 del giorno precedente la seduta operatoria.

8.3.1.1 Comunicazione e Educazione con il paziente

La relazione con il paziente deve essere preparata con una strategia aziendale che favorisca l'educazione alla cura e la comunicazione con l'obiettivo di rendere attiva e consapevole la persona.

L'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) è parte del percorso chirurgico con l'obiettivo di trasmettere al paziente le informazioni fondamentali utili a comprendere il vocabolario e le procedure sanitarie consentendo una relazione consapevole con la persona.

La comunicazione deve permettere al paziente, e alla sua famiglia, di prepararsi alla fase di ricovero, post-operatoria e post-dimissione, con l'obiettivo di mantenere e migliorare la qualità di vita e prevenire le complicanze evitabili.

La relazione con il paziente deve consentire di:

- concordare i sistemi di contatto ufficiale (telefono, posta elettronica, messagistica) per scandire e allertare le varie fasi del percorso;
- identificare i suoi caregiver;
- sviluppare un feedback con la persona in modo periodico e trasparente sulle fasi e la tempistica;
- informare sulle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- inserire in pagine web e/o documentazione cartacea le principali informazioni relative al percorso assistenziale.

Al momento dell'inserimento in lista di attesa, il chirurgo ha il compito di spiegare in maniera chiara e facilmente comprensibile i seguenti aspetti:

1. le modalità operative inerenti al ricovero (dove è situato il reparto, documenti da portare, necessità di essere accompagnato o meno, ore di digiuno e altre disposizioni, a chi rivolgersi in caso di dubbi o problemi);
2. i rischi e i benefici inerenti all'intervento proposto con una breve descrizione tecnica "comprensibile" dell'intervento.
3. indicazioni in merito alla dimissione e alle visite di controllo e l'indicazione di un bisogno socioassistenziale da valutare al momento della preospedalizzazione.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.4 Caratteristiche sale operatorie

Si definisce Sala Operatoria il locale confinato dove si eseguono interventi chirurgici, in anestesia locale, regionale o generale, dotato di un sistema di climatizzazione atto a garantire una decontaminazione dell'aria corrispondente al livello di rischio dell'attività chirurgica svolta.

Le sale operatorie devono rispondere a caratteristiche strutturali secondo quanto definito da DPR n.37 del 1997 e dalle Linee Guida ISPESL 2009 sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro.

La superficie dell'ambiente deve essere adeguata alla tipologia di intervento chirurgico e alle attrezzature presenti. L'impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata a servizio del blocco operatorio deve garantire il benessere termo-igrometrico, l'aerazione idonea degli ambienti e contenere la concentrazione del particolato e della carica microbica aeroportata per la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

8.5 PACU Post Anesthesia Care Unit

Allo stato attuale è in fase di elaborazione un progetto per la creazione, laddove strutturalmente possibile, delle ***Post Anesthesia Care Units*** **(PACU)** le quali, oltre a giocare un ruolo importante nell'abbattimento dei tempi sia di accesso alla sala operatoria che di rientro dei pazienti alle strutture assistenziali post-intervento, permettono di effettuare un accurato monitoraggio del paziente nell'immediato postoperatorio e un trattamento aggressivo delle eventuali complicanze in ambiente attrezzato prima della dimissione dalla sala operatoria (il 5-30% degli eventi avversi nel peri-operatorio si verifica nelle ore immediatamente successive alla dimissione del paziente dalla sala operatoria).

Quando disponibili, le PACU saranno di supporto esclusivo ai pazienti operati presso le camere operatorie, in capo come centro di responsabilità/costo all'UO Anestesia e Rianimazione e nelle liste operatorie dovrà essere riportata la necessità di assistenza in PACU specificando se si tratta di assistenza breve o intensiva.

Nel caso si rendesse necessaria un'assistenza in PACU di tipo intensivo, il paziente operando dovrà essere inserito nella lista operatoria come primo intervento al fine di poter garantire il giusto *timing* d'osservazione compatibile con l'orario di chiusura della PACU in quanto sarà consentita l'osservazione in PACU solo a quei pazienti per i quali la somma della durata dell'intervento e della durata di osservazione post-intervento presunta e necessaria non superi l'orario di chiusura stabilito.

Prima di trasferire un paziente dalla sala operatoria, l'Anestesista verificherà la disponibilità di spazio e personale disponibile alla sorveglianza in PACU: in caso contrario, tratterrà il paziente nella presala. Requisito fondamentale per il trasferimento è la stabilità dei parametri vitali. La documentazione clinica, ivi compresa la scheda anestesiologica peri operatoria, accompagnerà il paziente in PACU.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

La responsabilità del trasferimento del paziente dalla PACU al Reparto di Degenza sarà dell'Anestesista e il paziente può essere trasferito al Reparto di Degenza quando saranno soddisfatti i seguenti criteri:

- paziente cosciente senza stimolazione eccessiva;
- paziente in grado di mantenere la pervietà delle vie aeree in modo autonomo in presenza dei riflessi protettivi (deglutizione e tosse) delle vie aeree;
- paziente con respirazione e ossigenazione soddisfacenti;
- stabilità cardiovascolare senza sanguinamento persistente;
- frequenza cardiaca e pressione arteriosa vicini ai normali valori preoperatori;
- perfusione periferica adeguata (cute calda, rosea, tempo di riempimento capillare < 3 secondi);
- il dolore ben controllato;
- assenza di nausea e vomito;
- normotermia è ristabilita;
- attività motoria e forza muscolare recuperata, in caso di anestesia generale.

La dimissibilità del paziente dovrà essere documentata in cartella clinica e sarà decisa dall'anestesista il quale organizzerà il trasporto in funzione delle condizioni cliniche del paziente, delle comorbidità, del tipo e durata dell'intervento e della destinazione (Reparto di Degenza ordinario o Terapia intensiva) trascrivendolo sulla "cartella PACU". Nel caso in cui il paziente non fosse idoneo per il trasferimento in reparto di degenza, sarà cura dell'Anestesista reperire posto letto in una delle Terapie Intensive/Subintensive post-operatorie dell'ospedale o dell'ASL ROMA 5 (vedi par. 8.12 Trasporti interni ed esterni).

8.6 Centrali di sterilizzazione

Vedi documento "Il processo di sterilizzazione" in allegato in corso di revisione e deliberazione.

8.7 Registro sala operatorio informatizzato

8.7.1 Processo informatico (vedi *flow* 7.2)

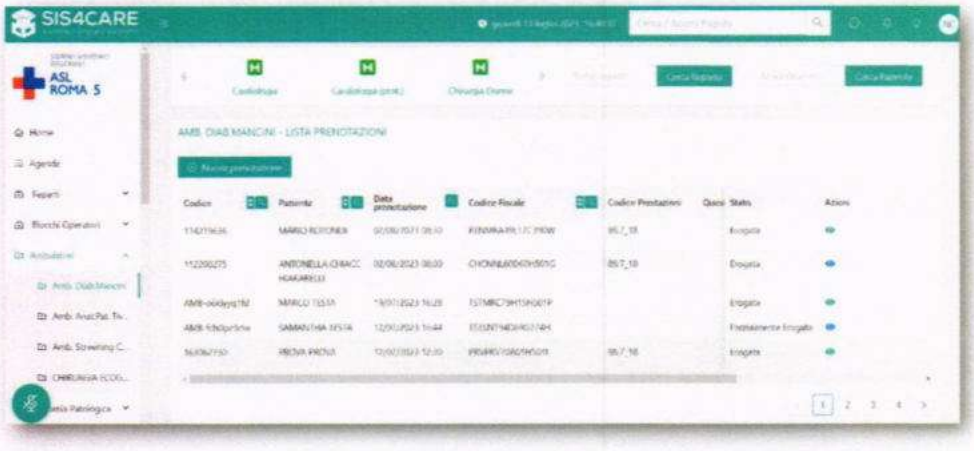
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.7.1.1 Ambulatorio

Apertura Cartella Ambulatoriale e avvio Lista di Attesa (LDA).

CREAZIONE DELLA LISTA D'ATTESA

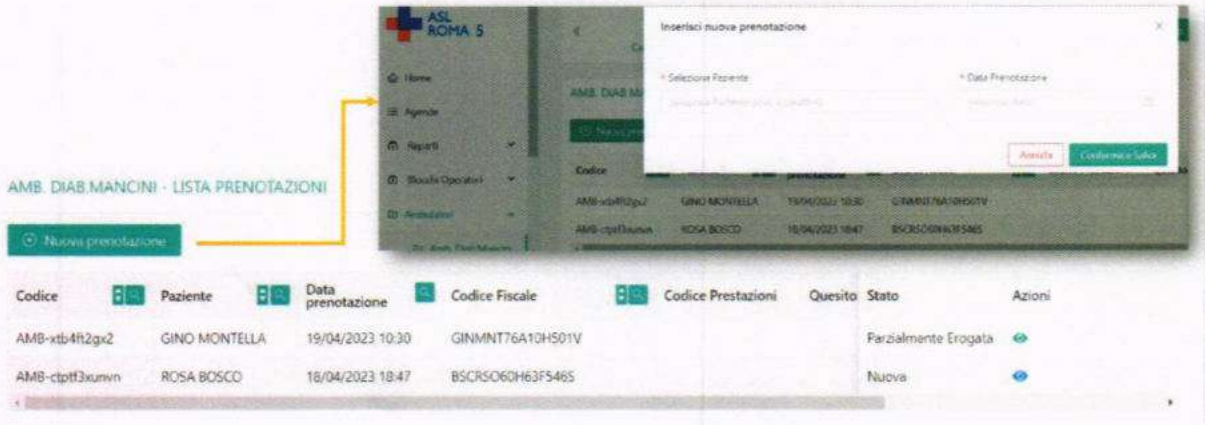
Per inserire un paziente in lista di attesa si passa dall'apertura di una cartella Ambulatoriale attraverso inserimento manuale di una prenotazione o acquisendola dall'integrazione con il servizio CUP.



POLIS-NET

NUOVA PRENOTAZIONE PER VISITA AMBULATORIALE

L'operatore dell'ambulatorio ha disposizione la tabella «Lista delle prenotazioni» derivanti dal CUP. Da questa tabella è possibile effettuare eventualmente anche una nuova prenotazione manuale.



POLIS-NET

5

SCHEDA PRENOTAZIONE

Una volta creata/ricevuta la prenotazione si accede alla Scheda della prenotazione

POLIS-NET

6

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

SCHEDA VISITA AMBULATORIALE

Nella sezione «gestione visite» è possibile compilare e refertare la visita.

POLIS-NET

7

VISITA AMBULATORIALE DI PRESA IN CARICO

Nel form di compilazione se si sceglie «**Presa in carico per lista**» alla chiusura e refertazione si avvia l'inserimento in «**PRE-LISTA**». In questa fase il paziente è formalmente **in attesa che l'iter diagnostico confermi** l'indicazione all'intervento e quindi all'**inserimento in lista d'attesa.**

POLIS-NET

8

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

VISITA AMBULATORIALE DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA

Nel form di compilazione se si sceglie «**Inserimento in lista di preospedalizzazione**» alla chiusura e refertazione si avvierà l'apertura del percorso di preospedalizzazione. In questa fase il paziente **è formalmente in lista di attesa** e dovrà completare l'iter diagnostico di preospedalizzazione per l'avvio del ricovero chirurgico.

POLIS-NET

9

TABELLA DELLA LISTA D'ATTESA

La lista di attesa è aggiornabile in tempo reale e consente di scaricare in formato EXCEL i dati ottenuti dall'accensione del percorso chirurgico; dalla prima visita ambulatoriale fino alla dimissione del paziente.

LISTE DI ATTESA

Aggiorna dati | Scarica Excel

Codice	Data Presa in Carico	Data Inserimento Lista	Stato	Priorità	N° gg Lista	ID Visita	Codice ICD9-CM diagnosi	Codice ICD9-CM procedura chirurgica prevista	Regime di ricovero previsto (Secondo codifica regionale)	Data previ	Azioni
2023000068	13/07/2023	13/07/2023	Paziente Dimesso	B	0	1065	01005	1371	Ordinario	27/07	
2023000067	12/07/2023	12/07/2023	Avvio Ricovero	00	1	277	0011	00	Ordinario	14/07	
2023000066	12/07/2023	12/07/2023	Non Confermato	B	1	267	550	4642	Ordinario	29/07	
2023000065	12/07/2023	12/07/2023	Avvio Ric	A	1	1057	002	00	Ordinario	20/07	

POLIS-NET

10

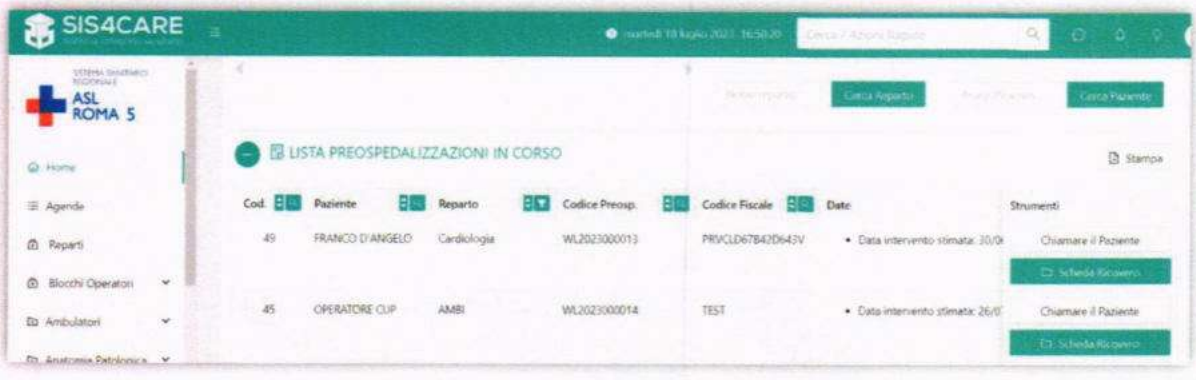
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.7.1.2 Preospedalizzazione

Apertura Cartella di Preospedalizzazione (PO) e inserimento in Lista Operatoria (LO).

LISTA PREOSPEDALIZZAZIONI IN CORSO

Quando viene chiusa la visita ambulatoriale finalizzata all'apertura della preospedalizzazione, viene visualizzata una nuova riga nella lista delle preospedalizzazioni in corso come nuovo record.



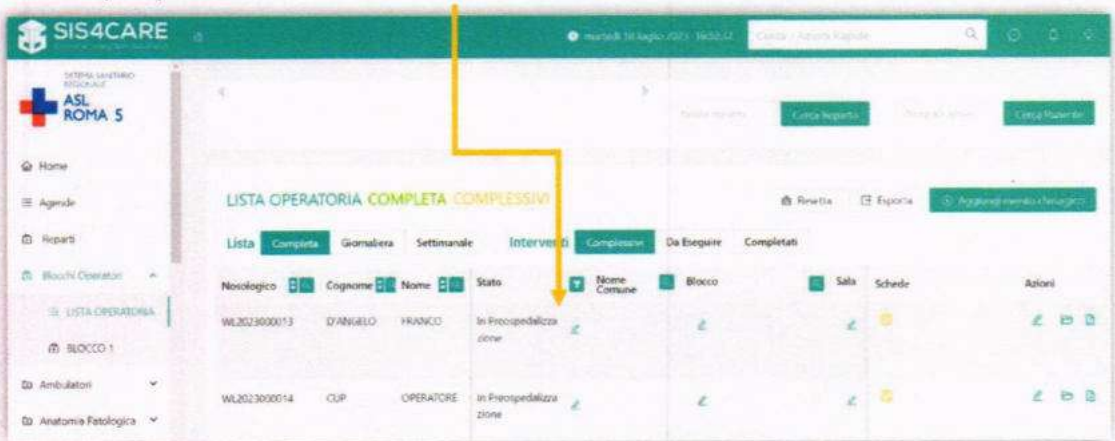
POLIS-NET

12

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

INSERIMENTO IN LISTA OPERATORIA

Contemporaneamente il paziente viene visualizzato nella LISTA OPERATIA per il reparto di competenza, con stato «in preospedalizzazione».

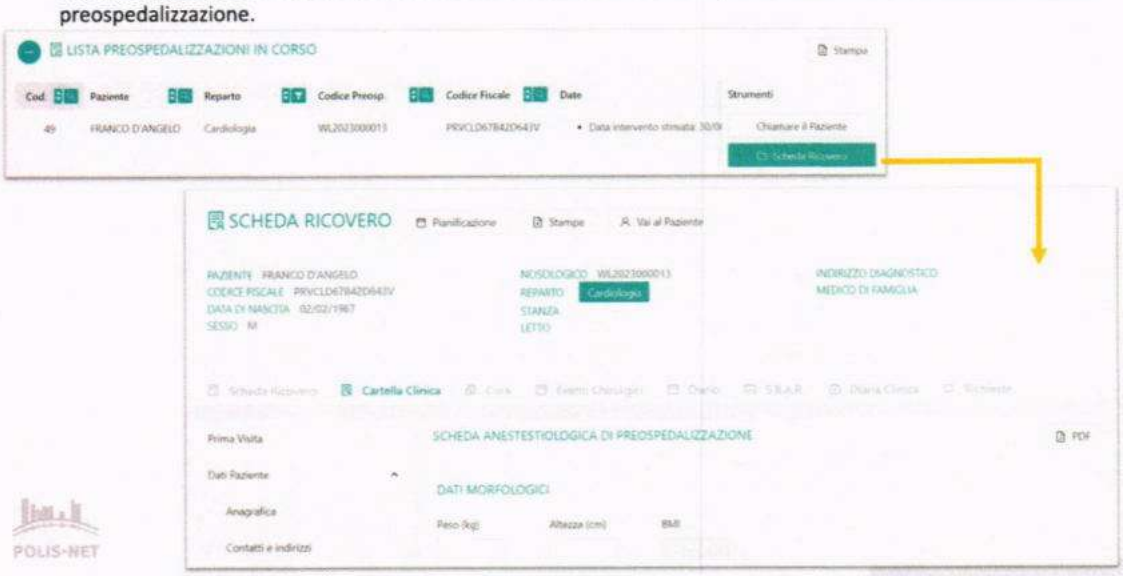


POLIS-NET

13

COMPILAZIONE DELLA CARTELLA DI PREOSPEDALIZZAZIONE

Dalla lista preospedalizzazioni in corso tramite la colonna strumenti si può accedere alla Cartella di ricovero di preospedalizzazione.



POLIS-NET

14

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

CHIUSURA PREOSPEDALIZZAZIONE

Compilata la cartella di preospedalizzazione correlata di esami/indagini diagnostiche e scheda anestesiologica, si procederà a chiudere la preospedalizzazione.

POLIS-NET

15

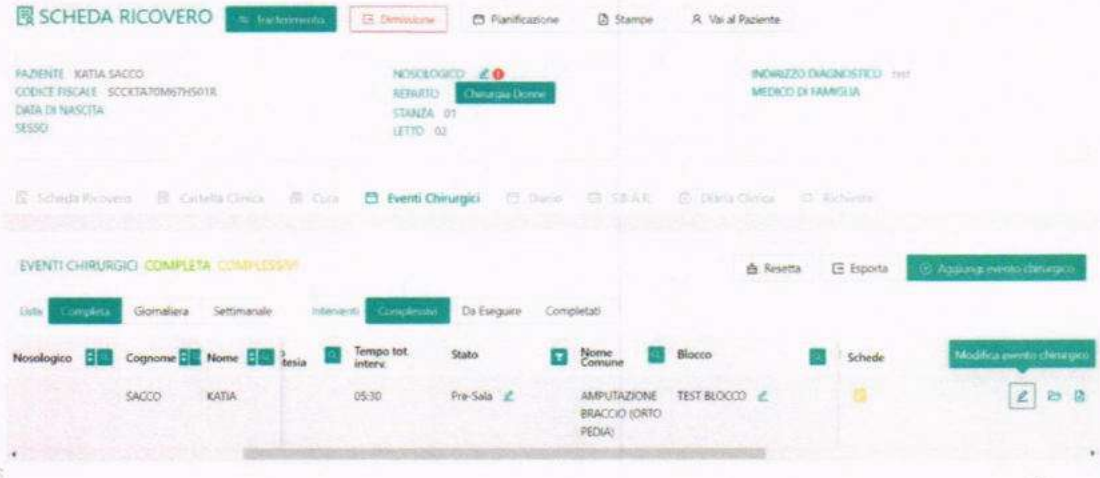
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.7.1.3 Ricovero

Apertura della cartella chirurgica di Ricovero.

APERTURA DELLA CARTELLA CHIRURGICA DI RICOVERO

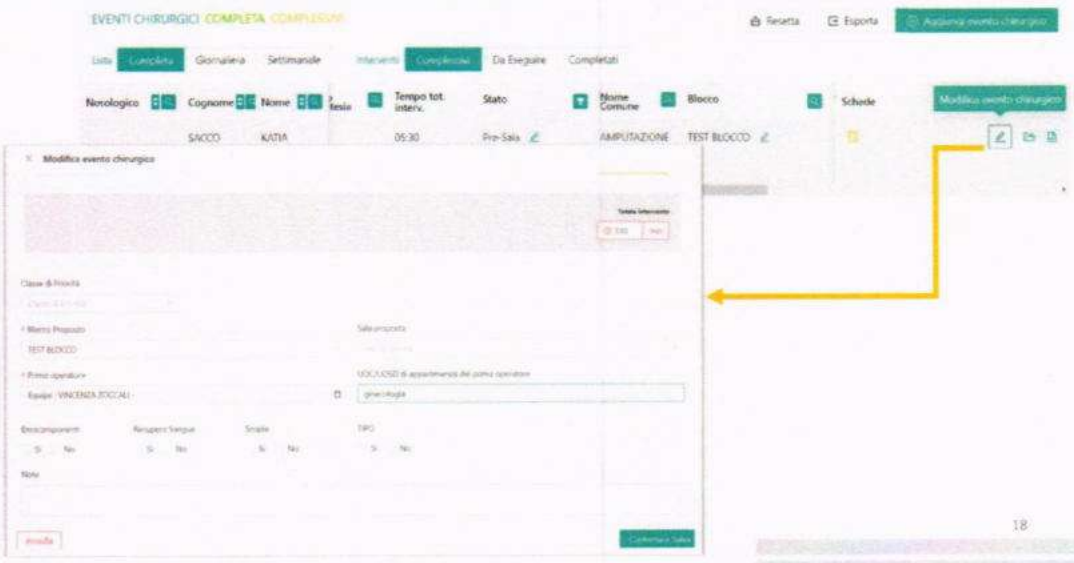
La chiusura della preospedalizzazione e l'avvio del ricovero apre la cartella clinica del paziente dove, nella sezione «EVENTI CHIRURGICI» avremo la lista degli interventi previsti per il paziente.



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

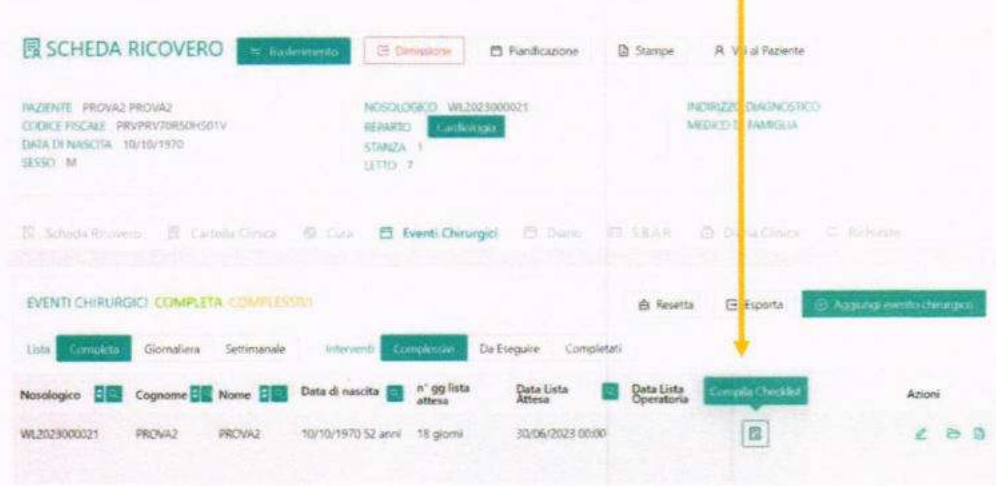
CONFERMA DEI DATI DI LISTA OPERATORIA

La chiusura della preospedalizzazione e l'avvio del ricovero apre la cartella clinica del paziente dove, nella sezione «EVENTI CHIRURGICI» avremo la lista degli interventi previsti per il paziente.



COMPILAZIONE SCHEDE PREOPERATORIE E DATI CLINICI

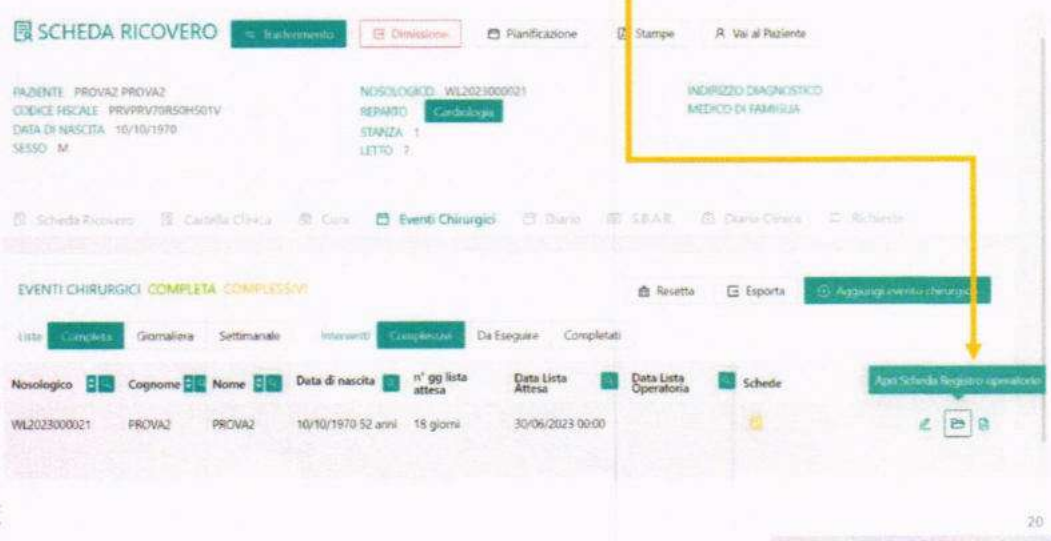
Per il singolo intervento si possono compilare le check list di reparto da compilare prima dell'invio paziente al blocco e al rientro dal blocco in reparto



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

APERTURA DEL REGISTRO OPERATORIO

Per il singolo intervento si può accedere alla scheda di registro operatorio.



POLIS-NET

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.7.1.4 Evento chirurgico

Compilazione del Registro Operatorio

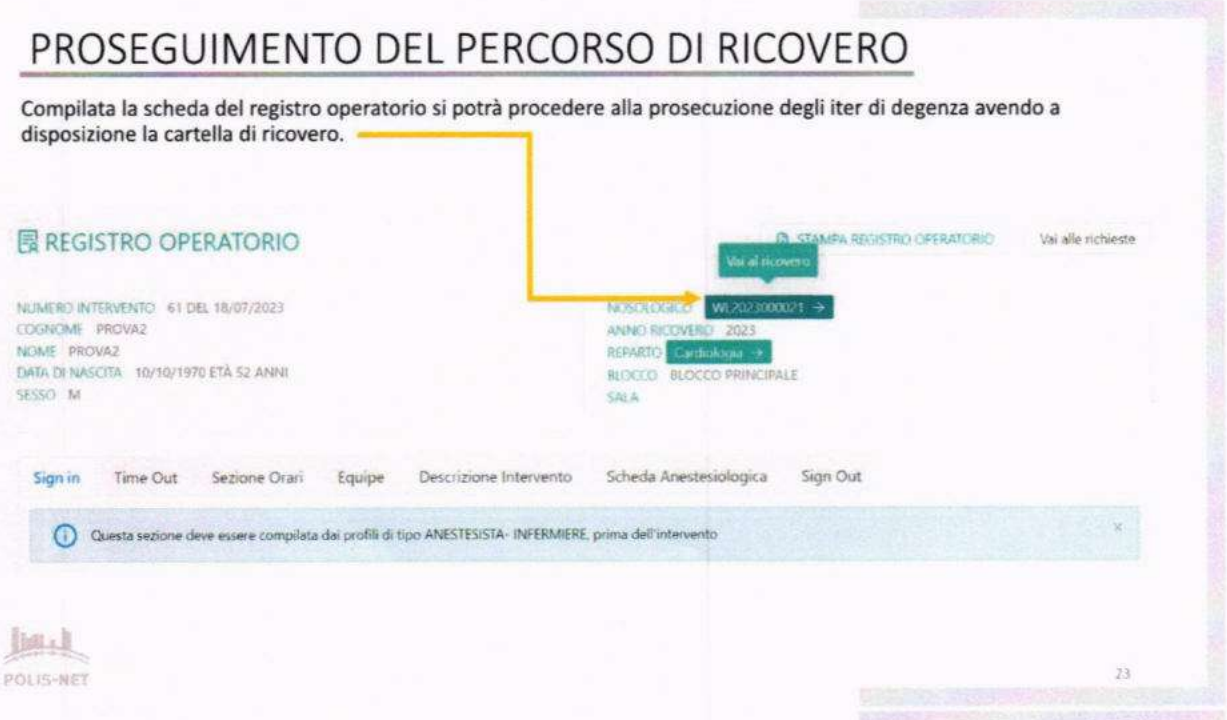
INSERIMENTO DEI DATI DEL REGISTRO OPERATORIO

L'apertura del registro operatorio permette la compilazione delle varie check-list, comporre l'equipe, descrivere l'intervento, inserire i dati della scheda Anestesiologica.

POLIS-NET

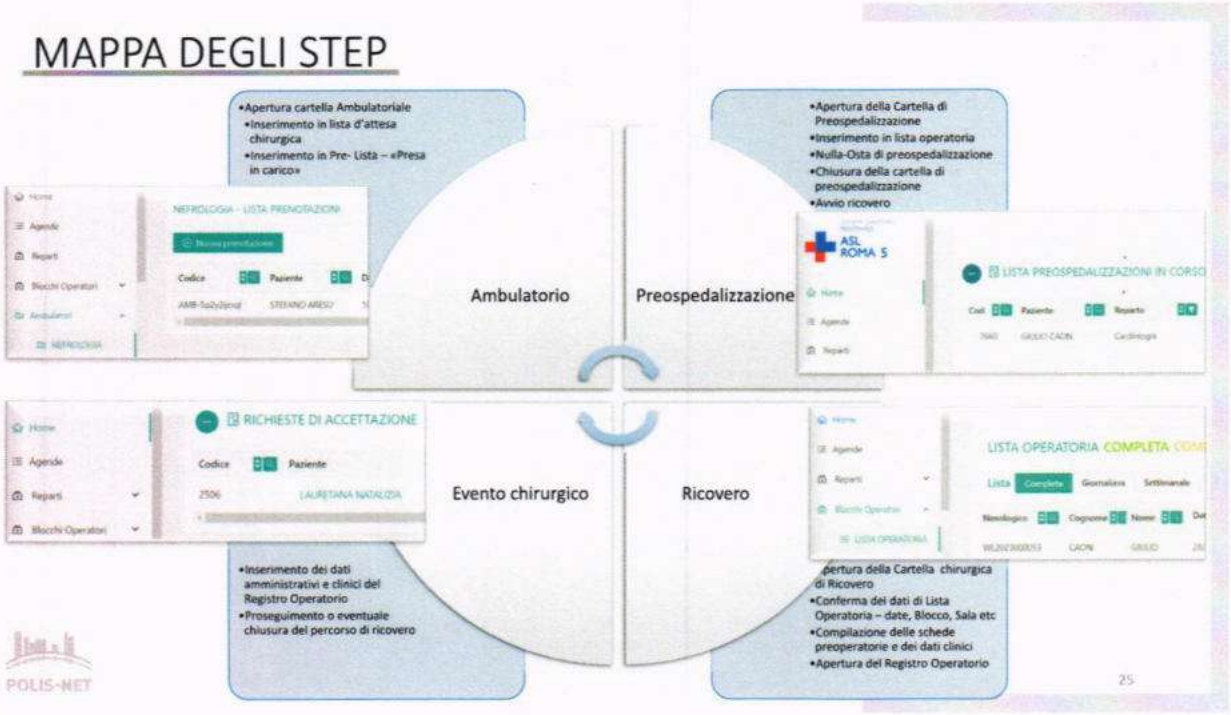
Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.7.1.5 Proseguimento del percorso di ricovero



Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.7.1.6 Mappa degli *step*



8.7.2 Lista operatoria

Per la lista operatoria:

- la lista operatoria visualizza solo gli interventi chirurgici compresi in un periodo di dieci giorni;
- l'utente dovrà poter visionare una lista giornaliera ed una settimanale per singolo blocco e singola sala.

La lista operatoria per singola sala (settimanale e giornaliera) deve prevede le seguenti colonne:

- cognome nome;
- in lista operatoria da;
- reparto ricovero e/o *Day Hospital* e letto;
- ricovero ordinario o di libera professione;
- diagnosi;
- nome comune intervento;
- classe di priorità;
- tempo totale intervento del singolo intervento;
- primo chirurgo e UO di appartenenza;
- richiesta di sangue;

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- note (inserire presidi ed accessori per intervento) a testo libero;
- uscita dal Blocco, colonna contenente la destinazione PACU / Terapia Intensiva / Reparto / Domicilio. Tale colonna dovrà prevedere la possibilità di inserire la destinazione senza entrare nella singola scheda del paziente.

Per ogni singola sala sono evidenziati:

- totale utilizzo sala operatoria stimato (somma dei tempi totale intervento di tutti gli interventi previsti in quella sala);
- % utilizzo sala stimato: somma del tempo di apertura sala più somma dei tempi totale intervento di tutti gli interventi previsti in quella sala.

Quando il paziente esce fisicamente dal "Blocco Operatorio" **esce dalla lista.**

In sala operatoria (divisa per blocchi e per singola sala) sono visualizzabili **SOLO i pazienti che devono essere operati quel giorno**. A fine intervento (sempre che i pazienti non siano trasferiti in PACU), escono dal sala operatoria con rientro in reparto o dimissione.

A fine giornata (ore 20) per gli eventuali pazienti presenti in sala e non dimessi/ricoverati/deceduti, sempre che non siano in PACU, si genera un *allert* visibile al gruppo GBO.

La compilazione del nuovo evento chirurgico prevede che:

- venga obbligatoriamente compilato il campo "nome comune intervento";
- venga obbligatoriamente compilato il campo data;
- vengano obbligatoriamente compilati i campi relativi ai tempi;
- venga obbligatoriamente compilato il campo primo operatore;
- venga obbligatoriamente compilato il campo della UOC/UOSD di appartenenza del primo operatore (è possibile che il paziente sia ricoverato in medicina, quindi non necessariamente sede ricovero e UOC che segua intervento sono le stesse);
- venga obbligatoriamente compilato il campo blocco stimato.

In assenza di questi dati il sistema non va avanti.

I tempi:

1. "*Nursing*" dalla somma di tre campi presenti in data base in evidenziati in giallo non deve essere modificabile dal chirurgo;
2. tempo anestesia dalla somma dei due campi evidenziati in celeste, deve essere modificabile dall'anestesista che assisterà durante l'intervento (nel caso di modifica tempo si apre una tendina con la giustificazione del cambio o testo libero);
3. tempo cute-cute deve essere modificabile dal chirurgo che assisterà durante l'intervento (nel caso di modifica tempo si apre una tendina con la giustificazione del cambio o testo libero).

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

SANIFICAZIONE OPERATORE DELLA DITTA (TEMPO INIZIA DAL MOMENTO CHE IL PAZIENTE PRECEDENTE E' STATO TRASFERITO FUORI DALLA SALA)	**PREPARAZIONE DEI TAVOLI OPERATORI INFERMIERE STRUMENTISTA E FUORI CAMPO** (TEMPO CHE INIZIA QUANDO E' POSSIBILE L'ACCESSO IN SALA OPERATORIA POST SANIFICAZIONE) oltre la preparazione dei tavoli operatori, gli infermieri devono preparare e controllare che nei carrelli di anestesia siano presenti tutti i farmaci necessari per l'anestesia e per l'emergenza, e che il ventilatore ed il monitor siano funzionanti.	**TEMPO ANESTESIOLOGICO INDUZIONE ANESTESISTA** (TEMPO CHE INIZIA NEL MOMENTO IN CUI IL PAZIENTE VIENE PRESO IN CARICO DALL'ANESTESISTA E TERMINA NEL MOMENTO DEL POSIZIONAMENTO O DELL'INCISIONE CHIRURGICA COMPRENDENTE ACCESSO VENOSO, ARTERIOSO,CVC,INTUBAZIONE,ANESTESIA PERIFERICA, SPINALE, ECC.)	**TEMPO DI POSIZIONAMENTO ANESTESISTA CHIRURGO INFERMIERE FUORI CAMPO** (TEMPO NECESSARIO AL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE PRIMA DELL'INCISIONE CHIRURGICA)	**TEMPO PREPARAZIONE DEL CAMPO CHIRURGICO CHIRUGHI** (TEMPO CHE INIZIA AL TERMINE DELL'INDUZIONE O DELLA POSIZIONE E COMPRENDE LA DISINFEZIONE DELLA CUTE, E PREPARAZIONE DEL CAMPO CHIRURGICO)	**TEMPO CHIRURGICO CUTE/CUTE CHICURGHI** (TEMPO DALL'INCISIONE ALL'ULTIMO PUNTO DI CUTE)	**TEMPO CHIUSURA INTERVENTO INFERMIERE CHIRURGO** (TEMPO NECESSARIO PER EFFETTUARE LA MEDICAZIONE DELLA BRECCIA CHIRURGICA, CONNETTERE E CONTROLLARE IL FUNZIONAMENTO DI EVENTIALI DRENAGGI ,EFFETTUARE COMPRESSIVE MANUALI O CONTROLLI STRUMENTALI QUALI RX TORACE ECC.)	**TEMPO DI RISVEGLIO ANESTESISTA** (TEMPO NECESSARIO AL RISVEGLIO DEL PAZIENTE E AL TRASFERIMENTO DELLO STESSO FUORI DALLA SALA OPERATORIA)

Tutti i Direttori di UU.OO. chirurgiche potranno vedere e modificare la lista operatoria di pertinenza fino a 24 ore prima del giorno prima dell'intervento, dopodiché la lista si blocca e deve essere inviata automaticamente al gruppo **GBO,** ai Direttori di UU.OO chirurgici e Anestesia e Rianimazione interessati. Solo i componenti del gruppo GBO potranno ottimizzare l'utilizzo della sale operatorie ed intervenire sulla lista da 24 ore prima intervento a fine giornata. La lista potrà essere quindi modificata il giorno stesso dell'intervento qualora si debba sostituire un paziente sempre che il GBO non abbia utilizzato per altri interventi quelle ore di sala, nel qual caso si entra nella gestione della lista giornaliera.

Questa modalità permette ai responsabili di sala garantire sale pronte alle ore 7.30 del mattino. Inoltre, qualora si dovesse riscontrare che alcune sale operino meno di quanto previsto, ore di sala potranno essere destinale dal **GBO** ad altra disciplina chirurgica al fine di ottimizzare l'utilizzo di sala.

8.7.3 *Report* e statistiche

- **Ogni lunedì** deve partire:
  - un *report*, elaborato dal Coordinatore Infermieristico, inviato a gruppo GBO, al Direttore Sanitario, al DPS, al Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria;
  - un *report*, elaborato dal Coordinatore Infermieristico, con utilizzo sale operatorie in % diviso per "UOC primo operatore", ovvero per monitorare l'utilizzo delle sale

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

attribuite a ciascuna UOC/UOSD. Questo *report* va inviato a gruppo GBO, al Direttore Sanitario, al Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria, ai Direttori di UOC/UOSD interessati, ai rispettivi Direttori di UOC/UOSD di Anestesia e Rianimazione.

- **Ogni mese** deve partire:
  - un *report*, elaborato dal GBO, inviato al Direttore Generale, al Direttore Sanitario, al DPS, al GAPAC, al Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria, ai Direttori di UOC/UOSD chirurgiche interessati, ai rispettivi Direttori di UOC/UOSD di Anestesia e Rianimazione.
- **Ogni anno** deve partire:
  - un *report*, elaborato dal GBO, inviato al Direttore Generale, al Direttore Sanitario, al DPS, al GAPAC, al Controllo di Gestione, al Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria, ai direttori di UOC/UOSD interessati, ai Direttori di UOC/UOSD chirurgiche interessati, ai rispettivi Direttori di UOC/UOSD di Anestesia e Rianimazione.

Ogni report deve contenere le seguenti informazioni:

- Numero di ore assegnate;
- Orari di inizio e fine attività per sala operatoria e singolo intervento;
- Numero complessivo di ore utilizzate;
- Differenza tra ore assegnate e utilizzate;
- Superamento dell'orario;
- Numero di interventi programmati, eseguiti e rinviati;
- Durata dei cambi per singolo intervento;
- Eventi non previsti

8.8 Procedure/Disposizioni Operative

Restano vigenti tutte le procedure già adottate e validate nell'ASL ROMA 5 fino a scadenza e/o revisione delle stesse. Ove le procedure preesistenti fossero in contrasto con il presente regolamento, l'atto preponderante è costituito dal presente regolamento approvato.

Le sale operatorie sono utilizzate con modalità di integrazione multi-specialistica e non dedicata, fatte salve le specifiche operative e specialistiche che lo richiedano per ragioni igieniche e/o logistico-organizzative attinenti alla disciplina.

L'uso delle sale operatorie è distinto nelle due linee:

1) **Elezione** (interventi programmati)
2) **Emergenza/Urgenza**

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

ELEZIONE **EMERGENZA/URGENZA**

L'uso delle sale di emergenza/urgenza ha carattere **esclusivo** mentre, in casi motivati di necessità, le sale assegnate all'elezione possono essere utilizzate per interventi di emergenza/urgenza.

8.8.1 Elezione

ELEZIONE EMERGENZA/URGENZA

L'utilizzo delle sale operatorie da parte delle UU.OO. chirurgiche avviene mediante l'approntamento delle **LISTE OPERATORIE.**

I Direttori delle UUOO a vocazione chirurgica o interventistica, devono programmare le Liste Operatorie settimanali e giornaliere.

Si enunciano di seguito a titolo indicativo e non esaustivo i **criteri di preparazione delle Liste Operatorie**

Le Liste Operatorie in valutazione (LOV) vengono inviate al GBO con cadenza settimanale e giornaliera dai Direttori delle UU.OO. chirurgiche alle seguenti figure professionali:

- Dirigente Medico Coordinatore dei Blocchi Operatori;
- Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio di riferimento;
- Anestesista referente del Blocco Operatorio di riferimento;

Le LOV vengono redatte dal Direttore della UO Chirurgica in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie enunciati in Tabella 1 (pg. 62)_ed i tempi del Blocco Operatorio identificati in Tabella 2 (pg. 68), in stretta correlazione con la tipologia e la sequenza degli interventi chirurgici programmati, con i tempi standard di esecuzione e con le procedure di ricondizionamento del teatro operatorio.

Ove il Dirigente Medico Coordinatore dei Blocchi Operatori di concerto con il Coordinatore Infermieristico dei Blocchi Operatori e con l'Anestesista individuato, riscontrino nelle Liste Operatorie delle criticità per la loro gestione operativa, le rappresentano ai Direttori delle UU.OO. interessate, chiedendo le opportune modifiche concordate nella programmazione degli interventi.

I Direttori di UO chirurgica o interventistica avranno cura di preparare un ulteriore paziente in sovrannumero rispetto alla LOV identificata (*overbooking*).

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Tabella 1 – Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie (LO)

Lista Operatoria settimanale	Durata complessiva della seduta operatoria
	Tempo limite per ultimo intervento chirurgico (per riordino finale sala)
	Tempo (medio) di cambio/ intervallo tra interventi chirurgici
	Tempo supplementare (eventuale) per allestimento/dotazioni
	Tempo (medio) di induzione dell'anestesia
	Durata (media) dell'intervento chirurgico
	Necessità di emocomponenti
	Necessità di TIPO o PACU
	Necessità particolari (es scopia intraoperatoria)
Lista Operatoria giornaliera	Durata (complessiva) della seduta operatoria
	Tempo limite per ultimo intervento chirurgico (per riordino finale sala)
	Tempo (medio) di cambio/ intervallo tra interventi chirurgici
	Tempo supplementare (eventuale) per allestimento/dotazioni
	Tempo (medio) di induzione dell'anestesia
	Durata (media) dell'intervento chirurgico
	Preparazione di paziente di riserva (eventuale overbooking)
	Necessità di emocomponenti
	Necessità di Terapia Intensiva o PACU
	Necessità particolari (es scopia intraoperatoria)

Le **Liste Operatorie concordate (LOC) devono essere restituite, entro e non oltre i limiti stabiliti, ad opera della struttura di chirurgia di competenza a:**

- Dirigente Medico Coordinatore dei Blocchi Operatori;
- Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio di riferimento;
- Anestesista referente del Blocco Operatorio che attiverà di conseguenza il Servizio Logistico per il Trasporto dei pazienti (ove necessario);
- Responsabile della Terapia Intensiva/Subintensiva di riferimento (ove necessario);
- Coordinatore Infermieristico del Reparto di Degenza;

Inoltre, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori si interfacciano (via e-mail o altra modalità tracciabile) con i Coordinatori Infermieristici dei Reparti di Degenza, delle Terapie Intensive e con il Servizio di Trasferimento interno (SLOT) o gli OSS/Ausiliari deputati al trasferimento dei pazienti in entrata e in uscita dai Blocchi Operatori.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

La validazione delle Liste Operatorie da parte della Direzione Sanitaria, per il tramite del Coordinatore dei Blocchi Operatori, è data ove esse siano redatte in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie ed i tempi di disponibilità del Blocco Operatorio enunciate nel presente Regolamento.

La mancata convalida comporta la necessità di modifica delle LOV e la nuova programmazione degli interventi in conformità ai criteri ed ai tempi appropriati.

In tal caso, la questione sarà oggetto di un successivo esame da parte del GBO e del Direttore Sanitario.

8.8.1.1 Lista Operatoria Settimanale

La lista operatoria settimane proposta dal Direttore di UO chirurgica si autoalimenta tramite il registro operatorio informatizzato e deve in ogni caso pervenire entro il venerdì della settimana precedente elaborata in ordine ai criteri enunciati nel presente Regolamento su apposito format modulistico aziendale (All. 14.1).

La Lista Operatoria settimanale viene redatta dal Direttore della UO Chirurgica in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie enunciati in Tabella 1 (pg. 62)_e i tempi del Blocco Operatorio identificati in Tabella 2 (pg. 68), in stretta correlazione con la tipologia e la sequenza degli interventi chirurgici programmati, con i tempi standard di esecuzione e con le procedure di ricondizionamento del teatro operatorio.

Nella lista operatoria settimanale devono essere riportati anche il blocco operatorio, la sala operatoria e l'unità operativa di ricovero: ordinario, *week-surgery*, *day-surgery*, ambulatoriale (APA), *inservice* e ALPI.

I Direttori di UO chirurgica o interventistica avranno cura di preparare in sovrannumero un ulteriore paziente rispetto alla lista operatoria identificata (*overbooking*).

Ove il Dirigente Medico Coordinatore dei Blocchi Operatori, di concerto con il Coordinatore Infermieristico dei Blocchi Operatori e con l'Anestesista individuato, riscontrino nelle Liste Operatorie settimanali delle criticità per la loro gestione operativa, le rappresentano ai Direttori delle UU.OO. interessate, chiedendo le opportune modifiche concordate nella programmazione degli interventi.

A tale riguardo è essenziale che gli Anestesisti che effettuano la preospedalizzazione si interfaccino con l'Anestesista referente del Blocco Operatorio, per assicurare la congruità della visita anestesiologica "preintervento", basandosi sul PDTA di preospedalizzazione (in fase di elaborazione).

È inoltre di fondamentale importanza che gli interventi chirurgici siano programmati ed effettuati tassativamente entro i termini temporali di validità della preospedalizzazione.

La Lista Operatoria deve essere validata entro le ore 16.00 del venerdì precedente.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Le **Liste Operatorie Validate (LOV)** vengono riporte sul registro informatizzato e possono essere trasmesse via e-mail ai Direttori di UU.OO. chirurgiche e interventistiche, al Direttore UO di Anestesia e Rianimazione e ai Coordinatori infermieristici delle sale operatorie, che provvedono ai conseguenti adempimenti organizzativi e gestionali per le singole sale ed alla disponibilità della Terapia Intensiva/Subintensiva con particolare riguardo alla disponibilità delle risorse umane e tecniche per tutti gli interventi programmati, ivi compresi gli specialisti di prodotto e la disponibilità di presidi chirurgici, ove necessari.

8.8.1.3 Lista Operatoria giornaliera

La Lista Operatoria Giornaliera è, per quanto possibile, la conferma della LOV settimanale e deve pervenire **TASSATIVAMENTE entro le ore 12.00 del giorno precedente la seduta operatoria** (fatto salvo eventuali sopraggiunte indisponibilità a vario titolo dei pazienti programmati o accessi da Pronto Soccorso prioritari) e deve essere redatta su apposito format modulistico aziendale (All. 14.2).

La LOV deve riportare, qualora necessario, la disponibilità di posto letto in PACU o TIPO, la necessità di emocomponenti ed eventuali note importanti per la gestione perioperatoria (p.es. scopia intraoperatoria).

In caso di sedute eseguite lo stesso giorno ma in Blocchi Operatori differenti, le liste devono essere inviati ai Coordinatori medici e infermieristici e all'Anestesista referente di ogni Blocco interessato.

Un particolare riguardo va posto nell'**orario di inizio del primo intervento**, che garantirà la completa esecuzione della seduta programmata.

In nessun caso, il **primo intervento** della Lista Operatoria può essere programmato per un paziente che non sia già **preospedalizzato e ricoverato**.

Per quanto riguarda la preospedalizzazione, fanno eccezione i pazienti trasferiti da altri reparti dell'Azienda, da altre strutture esterne o dal Pronto Soccorso. Questi pazienti devono comunque essere dotati di tutti gli accertamenti preoperatori e devono essere stati valutati dall'Anestesista preposto al controllo dei pazienti ricoverati.

I **casi complessi** e **quelli reinviati precedentemente** devono essere inseriti all'inizio della lista operatoria.

I **pazienti infetti** devono essere inseriti, laddove possibile, alla fine della lista operatoria e deve essere comunque garantita una gestione del paziente che impedisca una contaminazione dell'ambiente circostante. Il paziente verrà introdotto nel blocco operatorio dall'accesso principale direttamente nella sala dove verrà svolto l'intervento, evitando la sosta nelle presale comuni. Il personale dedicato (intera *equipe*) eviterà spostamenti per tutta la durata dell'intervento, avendo cura di cambiare guanti o altri DPI se dovesse allontanarsi dalla sala. Alla fine dell'intervento si procederà al risveglio e/o osservazione del paziente che poi verrà riportato direttamente nell'area di destinazione (PACU/TIPO/Reparto). Si provvederà al lavaggio e

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

successivamente alla sanificazione della sala utilizzata come da procedura in essere stabilita con la ditta delle pulizie appaltante. Per i pazienti con infezione da SARS-CoV-2 vedi par. 8.10.

L'eventuale rinvio dell'intervento chirurgico da parte dell'Anestesista deputato all'assistenza deve essere segnalato tempestivamente ad opera del Direttore dell'UO Chirurgica interessata al **GBO**.

Particolare cura va posta al rispetto dell'orario dell'ultimo intervento (chiusura cute-cute), **al fine di garantire l'igienizzazione, il riordino, il rifornimento della sala e la preparazione del materiale necessario alla prima seduta del giorno successivo**, entro la conclusione del turno del personale delle professioni sanitarie e degli OSS, comportando dispersione delle preziose risorse umane dedicate. In nessun caso si potrà comunque **negare l'esecuzione di interventi chirurgici** il cui tempo standard sia compatibile con il termine delle attività operatorie delle 20.00 (uscita sala o presala).

8.8.2 Emergenza/Urgenza

ELEZIONE | **EMERGENZA/URGENZA**

Sono di seguito richiamate le definizioni di Emergenza e Urgenza secondo le Linee Guida internazionali.

EMERGENZA è la condizione che necessita di un intervento immediato e non procrastinabile in relazione ad una condizione clinica "critica" di rischio immediato di perdita della vita, di un organo o di una funzione, ove l'intervento non venga eseguito immediatamente (DGR Regione Lazio 1729/2002).

URGENZA INDIFFERIBILE è invece la condizione che necessita di un intervento in tempi brevi (entro 2 – 6 ore), in relazione ad una condizione clinica di grave disagio con rischio di perdita di un organo e/o di una funzione ma nella quale non vi è il rischio immediato per il paziente di perdere la vita. Gli interventi chirurgici in urgenza devono essere eseguiti il prima possibile, in relazione alla disponibilità di sala operatoria ed all'ottenimento delle migliori condizioni cliniche e organizzative che ne consentano la migliore riuscita.

URGENZA DIFFERIBILE: la condizione che necessita di un intervento in tempi brevi (entro 24 – 48 ore), in relazione ad una condizione clinica di disagio con indicazione all'esecuzione dell'intervento nei tempi ritenuti utili da evidenze scientifiche e LLGG di specialità.

Nel presente regolamento si adottano le istruzioni operative di seguito esplicitate inerenti alle prestazioni in emergenza/urgenza correlate alle due specifiche realtà

1. **Emergenza**:

Condizione che necessita di un intervento immediato e non procrastinabile in relazione ad un quadro clinico di pericolo di perdita della vita o di una funzione o di un organo ove l'intervento

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

non venga eseguito. L'indicazione all'intervento e la definizione dell'emergenza viene data dal Chirurgo proponente di concerto con l'Anestesista d'urgenza.
In caso di urgenze concomitanti della stessa o di discipline differenti i Chirurghi proponenti, sentito l'Anestesista e di concerto con il Chirurgo d'urgenza identificano la priorità di intervento.

In caso di mancato accordo tra Chirurghi proponenti la definizione della priorità di intervento viene effettuata dall'Anestesista sulla base dei parametri vitali del paziente.

Il Coordinatore Medico delle attività chirurgiche, ove possibile, in caso di urgenze concomitanti eccedenti le risorse disponibili può individuare le risorse aggiuntive in collaborazione con il Coordinatore del Blocco Operatorio.

Deve essere sempre garantita una camera operatoria utilizzabile per emergenze assolute, indifferibili, multidisciplinari (p.es. Politrauma).

2. Urgenze Indifferibili:

Condizione che necessita di interventi in tempi brevi in relazione ad una situazione clinica di grave disagio ma non tanto da determinare un rischio immediato per la vita o per la perdita di una funzione o di un organo. Può trattarsi anche di urgenza differibile di alcune ore (es. frattura esposta max 6 ore, lesione di tendine max 6 ore). In caso di tempi più protratti ci si riferisce ad Urgenza Differibile (es. intervento ortopedico 24-48 ore). Se l'intervento è clinicamente differibile tale differibilità non può travalicare il termine temporale ritenuto utile secondo la buona pratica assistenziale e/o le indicazioni scientifiche e/o le indicazioni regionali.

Il Chirurgo identifica la differibilità dell'intervento ed i tempi adeguati di inizio dell'esecuzione dell'intervento.

Gli interventi differiti sono effettuati nelle sedute di camera operatoria assegnate a ciascuna disciplina ed inseriti nella lista operatoria di competenza come primo intervento chirurgico. Ove l'intervento differito sia necessario in tempi che non sono compatibili con la disponibilità istituzionale delle sedute operatorie, l'intervento di cui sopra deve essere effettuato nelle sale di emergenza-urgenza in coda alle emergenze-urgenze precedenti con un ordine di priorità che rispetti la tempistica richiesta dal Chirurgo e/o la valutazione dell'Anestesista.

In caso di emergenze concomitanti, viene attivata una seconda sala operatoria reperendo le figure professionali necessarie (Rianimatore di guardia, Infermieri del Blocco Operatorio o di altra UO con sufficiente esperienza nel contesto chirurgico/emergenziale/intensivistico).

È necessario avere sempre la pronta disponibilità di una sala per garantire il tempestivo accesso in casi patologie tempo dipendenti (p.es. Politrauma).

In caso di divergenze o incertezze sulle destinazioni e sulle problematiche organizzative in corso di emergenze multiple, il Coordinatore del sale operatorie da disposizioni applicative dirimenti sentito il Coordinatore Infermieristico o suo delegato, l'Anestesista d'urgenza ed i Chirurghi coinvolti.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.8.3 Orario Attività

I Blocchi Operatori osservano l'**orario 07.00 – 21.00**, che corrisponde alla turnazione del personale delle professioni sanitarie e degli altri operatori del Comparto.

In tale orario, vengono espletate n. **2 SEDUTE** operatorie **08.00/14.00 – 14.00/20-00**.

Le Sale Operatorie devono essere **allestite** in modo completo (allestimento di base e specifico per intervento) entro le ore **07.30**. A tal riguardo si specifica che vengono periodicamente eseguite con cadenza semestrale per ogni sala operatoria delle verifiche ambientali, come da Linee Guida ISPESL (anno 2009), consistenti nella valutazione della conta particellare ambientale per la verifica della polverosità presente nell'aria della sala propriamente detta e nella valutazione della contaminazione microbiologica delle superfici e dell'aria all'altezza del tavolo operatorio. In quest'occasione l'orario di inizio della seduta operatoria potrebbe subire uno slittamento che può determinare una rielaborazione della lista operatoria pervenuta entro le ore 10 del giorno precedente. Nei casi di impossibilità a reperire i presidi necessari il paziente NON scende in sala. Le ***check-list*** nel reparto inviante devono essere verificate in tempi utili per garantire il rispetto degli orari indicati. Sono responsabili della verifica della check list il Coordinatore Infermieristico ed il Medico dell'UO inviante.

La **chiamata** del primo paziente (e di quelli successivi) compete unicamente al **Coordinatore infermieristico** del Blocco Operatorio, che si interfaccia con il Coordinatore Infermieristico Reparto di degenza e con il Servizio di Trasferimento (SLOT), ove necessario, ovvero con gli OSS interni al Blocco Operatorio. La chiamata dei pazienti e gli interfacciamenti devono essere effettuati in tempo utile al mantenimento dei tempi programmati per le attività operatorie.

Tutti i primi pazienti delle liste operatorie devono essere portati nelle presale delle rispettive chirurgie **a partire dalle ore 7.10 e comunque non oltre le 7.45**, con la propria cartella clinica o cartella di pre-ospedalizzazione.

La verifica della **check list** della camera operatoria deve essere effettuata in tempi utili per il rispetto dei tempi indicati. Sono responsabili della verifica della check list il Coordinatore check list.

L'**Anestesista** e il **Chirurgo** devono essere presenti nel Blocco Operatorio alle ore **08.00**

Il primo intervento inizia entro le ore 08.30 (incisione della cute), fatti salvi i casi di allestimenti o procedure complesse (posizionamento di vasi centrali, intubazioni con fibrobroncoscopia, monitoraggi avanzati, anestesie loco-regionali).

Dopo il termine dell'intervento (sutura della cute), l'Anestesista stabilisce il trasferimento del paziente in PACU/Reparto/Terapia Intensiva-Subintensiva e dà le indicazioni necessarie affinché il paziente successivo sia trasferito dal Reparto nel Blocco Operatorio prima della fine delle operazioni di riallestimento della Sala Operatoria. Di norma, tale tempo deve corrispondere al tempo di igienizzazione e riallestimento della Sala Operatoria tra due interventi successivi.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Tabella 2 – Tempi del Blocco Operatorio

07.00	**Apertura del Blocco**
	Ripristino igienico della sala prima dell'inizio dell'attività ed allestimento della sala
07.30	Sala allestita con Tavolo Servitore – Paziente in Blocco
07.10-7.50	Paziente in presala o in PACU
08.00	Anestesista e Chirurgo in Blocco
08.30	**Inizio Primo Intervento (incisione cute)**
Prima della Fine Intervento	Chiamata Paziente successivo da Reparto
Fine Intervento	Trasferimento paziente in presala o PACU
Tra gli interventi dopo il primo prevista in media 55 minuti. Gli interventi di sanificazione della sala operatoria fra un intervento e l'altro devono essere eseguiti prontamente da personale esperto per permettere la ripresa dell'attività chirurgica	Sanificazione (vedi tempi previsti intervento per intervento)
	Sala allestita (vedi tempi previsti intervento per intervento)
	Paziente in Sala – Incisione Cute
20.00	**Fine Ultimo Intervento**
	Esecuzione degli interventi di sanificazione di tutte le superfici della sala operatoria e di tutte le attrezzature in essa contenute al fine di garantire l'igienizzazione, il riordino, il rifornimento della sala e la preparazione del materiale necessario alla prima seduta del gg successivo
21.00	**Fine delle attività di Elezione (Chiusura Blocco)**

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

La mancata osservanza del *timing* indicato nel presente regolamento deve essere motivata nel campo "NOTE" del registro operatorio.

Il **trasferimento in uscita** dalla PACU del paziente sottoposto ad intervento chirurgico viene disposto dall'**Anestesista**, dopo valutazione delle sue condizioni cliniche.

Nessun paziente potrà comunque permanere presso la PACU oltre l'orario di chiusura della stessa, tranne i pazienti che necessitano di monitoraggio post-operatorio prolungato in mancanza di posto letto nelle terapie intensive post-operatorie e che saranno seguiti dagli anestesisti.

L'Anestesista stabilisce l'eventuale necessità di trasferimento in **Terapia Intensiva-Subintensiva** e le modalità del trasferimento di norma con accompagnamento da parte di Anestesista, Infermiere e/o OSS. Ove l'Anestesista non ravvisi la suddetta necessità, egli dispone per il trasferimento del paziente nel **Reparto** di Degenza ordinaria, definendo le modalità del trasferimento stesso.

Per l'espletamento delle sue attività, l'Anestesista si avvale del **Coordinatore Infermieristico** del Blocco Operatorio.

Il **Chirurgo operatore** provvede a redigere la scheda di **descrizione dell'intervento** operatorio e a compilare in conformità il registro operatorio immediatamente dopo la sua conclusione.

Il trasferimento del paziente in uscita dal Blocco Operatorio, sotto la responsabilità dell'Anestesista e del Chirurgo (per la redazione della documentazione) e del Coordinatore Infermieristico (per il controllo della completezza della documentazione), deve avvenire con la sua **documentazione completa** di:

- cartella clinica;
- cartella di preospedalizzazione;
- scheda anestesiologica;
- scheda di intervento chirurgico – redatta interamente e siglata dal chirurgo operatore con descrizione riportata nel registro operatorio;
- *Check-List* operatoria.

8.8.4 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 Pronto Soccorso.

PREPARAZIONE PAZIENTI NELLE DEGENZE

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

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- 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;
- 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;
- Esegue 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 che possono essere somministrati direttamente nel blocco operatorio;
- Verifica l'allestimento del letto per il rientro del paziente dalla sala operatoria, quando previsto.

VERIFICA PREPARAZIONE SALA OPERATORIA

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 anestesiologici alle ore 7.15 per le sedute antimeridiane e alle ore 13.15 per le sedute pomeridiane.

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

- Set chirurgici e materiale sterile a disposizione in sala operatoria e pronti per l'intervento;
- Presidi elettromedicali e tecnologici presenti in sala operatoria, testati ed efficienti;
- 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.

TRASPORTO PAZIENTI PRIMI DELLA LISTA

I primi pazienti delle liste sono condotti al Blocco Operatorio dal personale addetto al trasporto tra le ore 7.10-7.30 per le sedute antimeridiane e tra le ore 13.15-13.30 per le sedute pomeridiane.

All'arrivo nel Blocco Operatorio i pazienti sono presi in carico dall'Infermiere.

AVVISO PREPARAZIONE PAZIENTI SUCCESSIVI NELLE DEGENZE

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

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.

INGRESSO NEL BLOCCO OPERATORIO

Il personale addetto al trasporto accompagna l'operando all'interno del blocco operatorio di norma fino allo spazio del-passa malati, salvo diverse modalità organizzative. L'Anestesista e l'Infermiere 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.

INGRESSO SALA OPERATORIA

Il paziente viene introdotto in sala operatoria.

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

Anestesista ed Infermiere provvedono a completare il posizionamento in sicurezza del paziente sul tavolo operatorio per il monitoraggio ed induzione anestesia generale.

Solo dopo aver completato tutte le procedure, intubazione, eventuale accesso venoso centrale incannulazione arteriosa etc., il paziente verrà posizionato sul tavolo operatorio in base alle necessità del chirurgo per svolgere l'atto operatorio.

In caso di anestesia locoregionale, che può essere eseguita anche presso l'area PACU/presala, il paziente verrà posizionato direttamente sul tavolo operatorio seguendo le indicazioni del Chirurgo, insieme all'Anestesista e all'Infermiere.

PREPARAZIONE ANESTESIOLOGICA DEL PAZIENTE

L'inizio della preparazione anestesiologica del paziente coincide con l'inizio di qualsiasi procedura eseguita personalmente dal Medico Anestesista in sala o presala o PACU e comprende anche il posizionamento iniziale del paziente sul tavolo operatorio.

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.

FINE DEL TEMPO ANESTESIOLOGICO PER INIZIO TEMPO CHIRURGICO

L'Anestesista, conclusa tutta la fase iniziale del processo anestesiologico, indica l'orario in cui il paziente è pronto per la procedura chirurgica nel registro operatorio del paziente.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

COMPILAZIONE *CHECK-LIST*

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

PREPARAZIONE CHIRURGICA

Iniziano le manovre indispensabili all'espletamento dell'intervento stesso (p.es. preparazione del campo operatorio, riduzione di frattura, etc.). Alla conclusione dell'intervento, il Chirurgo ne annota l'orario nel registro operatorio e controfirma le sezioni specifiche della *Check-List* di sala operatoria.

INCISIONE

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

SUTURA

Questo momento, solitamente identificato con la chiusura dell'incisione chirurgica, 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 (tra le note) e controfirma le sezioni specifiche della *Check-List* di sala operatoria.

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. Nel caso di paziente instabile e nell'eventualità di indisponibilità di posto letto di Terapia Intensiva-Subintensiva, 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.

USCITA DEL PAZIENTE DALLA SALA OPERATORIA

Il paziente esce fisicamente dalla sala operatoria per essere trasferito in PACU/Reparto/Terapia Intensiva-Subintensiva.

l'Infermiere segna l'orario nel registro operatorio (vedi capitolo 8.7 Registro sala operatorio informatizzato).

USCITA DEL PAZIENTE DAL BLOCCO OPERATORIO

L'Infermiere registra l'orario in cui il paziente esce dal blocco operatorio. Nel caso di pazienti destinati alla Terapia Intensiva-Subintensiva, l'Infermiere avrà particolare cura nell'*handover* con i colleghi della Terapia Intensiva-Subintensiva.

REFERTAZIONE DELL'ATTO CHIRURGICO

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

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 Blocco Operatorio. Prima dell'uscita del paziente dal Blocco Operatorio 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 con la dizione "il presente atto sostituisce ed/od integra il precedente". Verrà effettuato un monitoraggio della frequenza di accadimento e delle figure responsabili dei referti incompleti.

In caso di più Chirurghi operatori di UO differenti, ciascuno DEVE redigere l'atto chirurgico di competenza con indicati i tempi operatori.

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 30-55 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.

In ogni caso l'obiettivo generale è di contenere la durata complessiva dei tempi di cambio paziente entro il limite massimo di 55 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.

GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI PROLUNGAMENTO DELLE SALE

In caso di prolungamento degli interventi in corso con verosimile impossibilità a completare la lista operatoria nell'orario previsto, si cercherà di rimodulare l'attività del Blocco Operatorio, laddove possibile, per completare la lista operatoria giornaliera utilizzando altro slot.

In tutti i casi in cui gli interventi si discostino di più di **30 minuti dalle ore programmate** o deve partire un *allert* sul telefonino e per mail al GBO.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Nei casi di sale operatorie utilizzate **oltre le ore 20.00** (ora fine intervento) deve partire un *allert* sul telefonino e per mail al GBO oltre che ai Direttori di UU.OO. Chirurgica e Anestesiologica interessata.

8.9 *Check-List*

Vedi procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico.

8.10 Procedura per pazienti con infezione da SARS-CoV-2

Per i pazienti potenzialmente con infezione da SARS-CoV-2 da sottoporre ad intervento chirurgico e/o procedure endoscopiche ed interventistiche considerate indifferibili, verrà indicata una idonea sala operatoria.

Il paziente deve essere trasportato con ambulanza dedicata e barella di biocontenimento.

Dovrà essere necessario limitare la presenza del personale alla sola equipe chirurgica ed agli operatori di supporto ritenuti indispensabili, è opportuno altresì ridurre il numero degli operatori e gli spostamenti all'interno del blocco operatorio.

Raggiunta la sala operatoria dedicata, il personale entra nel locale predisposto per la vestizione con i DPI come da procedura aziendale dell'RSSP e *Risk Manager*; gli operatori addetti alla risoluzione dell'intervento chirurgico accedono all'area di lavaggio dove dovranno:

- rimuovere i guanti monouso non sterili;
- effettuare il frizionamento delle mani con soluzione idroalcolica;
- indossare un primo paio di guanti sterili;
- entrare nella sala operatoria;
- indossare il camice idrorepellente sterile a maniche lunghe;
- Indossare un secondo paio di guanti sterili per l'intervento chirurgico.

Alla fine dell'intervento chirurgico/procedura endoscopica/procedura interventistica:

A. il paziente sarà riportato dalla sala operatoria alla degenza di provenienza ove possibile, o ricollocato mediante il trasferimento in struttura esterna a cura dell'Anestesista, percorrendo in senso inverso lo stesso percorso di provenienza;

B. ciascun operatore di sala operatoria potrà seguire la procedura di svestizione all'interno del locale dedicato rimuovendo i DPI come da procedura aziendale predisposta dall'RSSP e *Risk Manager*. Si raccomanda di eseguire la procedura un solo operatore alla volta.

   Il materiale rimosso andrà smaltito direttamente nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo posti nel locale vestizione.

   L'operatore dovrà successivamente usufruire del bagno con doccia.

Al termine dell'intervento chirurgico e successivamente all'allontanamento del paziente dal blocco operatorio, il personale sanitario impiegato nell'intervento chirurgico/esame

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

endoscopico/procedura interventistica contatterà gli operatori di sanificazione, formati ed informati per il rischio specifico, che provvederanno alla sanificazione completa di tutte le superfici con nebulizzazione di acqua ed ipoclorito di sodio, con successivo intervento di sanificazione di tutte le superfici della sala operatoria, di tutte le attrezzature in essa contenute, di tutti i locali e del percorso del paziente:

- del percorso esterno al blocco operatorio utilizzato per il trasporto del paziente;
- del percorso interno al blocco operatorio.

Inoltre, al termine della sanificazione gli operatori del servizio pulizie chiuderanno tutti i contenitori dei rifiuti sanitari a rischio infettivo ed i sacchi con la biancheria, conferendoli nell'area esterna.

8.11 Approvvigionamenti Farmaci e Dispositivi Medici

L'approvvigionamento delle camere operatorie segue due percorsi distinti:

- Farmaci e DM (compreso disinfettanti) con consegne settimanali.
- DM specialistici e DM protesici impiantabili.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5
REGIONE LAZIO

1	B.O. TIVOLI	MARTEDI'-VENERDI' DM LUNEDI'-GIOVEDI' FARMACI
2	B.O. COLLEFERRO	LUNEDI'-GIOVEDI' DM LUNEDI'-GIOVEDI' FARMACI
3	B.O. SUBIACO	MERCOLEDI' DM MARTEDI'-VENERDI' FARMACIA
4	B.O. MONTEROTONDO	LUNEDI'-GIOVEDI' DM LUNEDI'-GIOVEDI' FARMACI
5	B.O. PALESTRINA	MERCOLEDI'-SABATO DM E FARMACI

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.11.1 Farmaci e Dispositivi Medici con consegne settimanali

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO:
GESTIONE RICHIESTE FARMACI E DM CON CONSEGNA SETTIMANALE

INPUT: RICHIESTE — OUTPUT: DISTRIBUZIONE

ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTO DI SUPPORTO
COMPILAZIONE RICHIESTA TRAMITE SOFTWARE AZIENDALE	COORDINATORE INFERMIERISTICO	BLOCCHI OPERATORI	SOFTWARE AZIENDALE CALENDARIO SETTIMANALE
CONTROLLO E CORREZIONE RICHIESTE RISPETTO SCORTE DI REPARTO	COORDINATORE INFERMIERISTICO O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	SOFTWARE AZIENDALE INDICAZIONI TERAPEUTICHE DESTINAZIONE D'USO
CONSEGNA E RITIRO FARMACI E DM, FIRMA MODELLI CONSEGNA	COORDINATORE INFERMIERISTICO O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	BOLLE DI CONSEGNA

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.11.2 Dispositivi Medici specialistici e Dispositivi Medici protesici impiantabili

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO:
GESTIONE DISPOSTITIVI MEDICI PROTESICI CAMERE OPERATORIE

	INPUT: RICHIESTE		OUTPUT: DISTRIBUZIONE
ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTO DI SUPPORTO
DEFINIZIONE DEI LOTTI AGGIUDICATI PER ATTIVARE CONTO DEPOSITO E/O RICHIESTA IN FARMACIA	DIRETTORE U.O.	BLOCCHI OPERATORI	CAPITOLATO AGGIUDICATO DELIBERA
INVIO ALLA DITTA AGGIUDICATARIA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	PERSONALE AMMINISTRATIVO FARMACIA GENERALE	FARMACIA	MODELLO RICHIESTA ATIVBAZIONE CONTO DEPOSITO
CONSEGNA PRESSO BLOCCHI OPERATORI DISPOSTITIVI RICHIESTI	DITTA AGGIUDICATARIA	BLOCCHI OPERATORI	DOCUMENTO DI TRASPORTO
RICEZIONE DISPOSITIVI PROTESICI DALLA CAMERA OPERATORIA E FIRMA DDT	COORDINATORE O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	DOCUMENTO DI TRASPORTO
CONTROLLI SCADENZE E MATERIALE IN CONTO DEPOSITO	DITTA AGGIUDICATARIA/COORDINATORE O SUO DELEGATO	DITTA AGGIUDICATARIA BLOCCHI OPERATORI	DOCUMENTO DI TRASPORTO
PER REINTEGRO, MENSILMENTE CONSEGNARE ALLA FARMACIA DICHIARAZIONE IMPIANTO, RECANTE: DATA INTERVENTO, DESCRIZIONE INTERVENTO, CENTRO DI COSTO, ETICHETTE TRACCIABILITA' PER PRESIDI STERILI, CODICE PRODOTTO LOTTO E QUANTITA' PER PRODOTTI NON STERILI	FARMACIA REF AMMINISTRATIVO	FARMACIA	MODELLO DICHIRAZIONE IMPIANTO

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO:
GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI CAMERE OPERATORIE

INPUT: RICHIESTE OUTPUT: DISTRIBUZIONE

ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTO DI SUPPORTO
COMPILAZIONE RICHIESTA TRAMITE MAIL E MODELLI IN FARMACIA CENTRALE	COORDINATORE INFERMIERISTICO/MEDICO	BLOCCHI OPERATORI	MODELLI CONTRATTI RDO MODELLI INFUNGIBILITA'
CONTROLLO DELL'APPROPIATEZZA DELLE RICHIESTE GARE AGGIUDICATARIE, CONTRATTI INFUNGIBILITA'	FARMACIA REFERENTE AMMINISTRATIVO	FARMACIA	MODELLI RICHIESTE PROCEDURA INFORMATIZZATA
ORDINI DISPOSITIVI MEDICI RICHIESTI	AMMINISTRATIVO	FARMACIA	ORDINE
RICEVIMENTO DISPOSITIVI MEDICI	PERSONALE DITTA TRASPORTI	DITTA TRASPORTO TRANSITI	ORDINE
CONSEGNA CAMERE OPERATORIE	PERSONALE DITTA TRASPORTI	DITTA TRASPORTO TRANSITI	ORDINE E DDT
RICEZIONE DISPOSITIVI MEDICI	COORDINATORE INFERMIERISTICO O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	MODELLO CONSEGNE E DDT
CONTROLLO E IMMAGAZZINAMENTO DISPOSITIVI MEDICI	COORDINATORE INFERMIERISTICO O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	MODELLO CONSEGNE E DDT

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO:
GESTIONE DISPOSTITIVI MEDICI PROTESICI ORTOPEDICI DA ACCORDO QUADRO REGIONALE CAMERE OPERATORIE

INPUT: RICHIESTE OUTPUT: DISTRIBUZIONE

ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTO DI SUPPORTO
RICEZIONE DEI LOTTI AGGIUDICATI ACCORDO QUADRO ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	MEDICO U.O.	BLOCCHI OPERATORI ORTOPEDICI	CAPITOLATO AGGIUDICATO DELIBERA
INVIO ALLA DITTA AGGIUDICATARIA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	PERSONALE AMMINISTRATIVO FARMACIA GENERALE	FARMACIA	MODELLO RICHIESTA ATIVBAZIONE CONTO DEPOSITO
CONSEGNA PRESSO BLOCCHI OPERATORI DISPOSTITIVI RICHIESTIE STRUMENTARIO	DITTA AGGIUDICATARIA	BLOCCHI OPERATORI	DOCUMENTO DI TRASPORTO
RICEZIONE DISPOSITIVI PROTESICI DALLA CAMERA OPERATORIA E FIRMA DDT	COORDINATORE O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	DOCUMENTO DI TRASPORTO
CONTROLLI SCADENZE E MATERIALE IN CONTO DEPOSITO	DITTA AGGIUDICATARIA/ COORDINATORE O SUO DELEGATO	DITTA AGGIUDICATARIA BLOCCHI OPERATORI	DOCUMENTO DI TRASPORTO
MENSILMENTE CONSEGNARE ALLA FARMACIA DICHIARAZIONE IMPIANTO, RECANTE: DATA INTERVENTO, DESCRIZIONE INTERVENTO, CENTRO DI COSTO, ETICHETTE TRACCIABILITA' PER PRESIDI STERILI, CODICE PRODOTTO LOTTO E QUANTITA' PER PRODOTTI NON STERILI	FARMACIA REF AMMINISTRATIVO	FARMACIA	MODELLO DICHIRAZIONE IMPIANTO
REINTEGRO DISPOSITIVI IMPIANTANTI	COORDINATORE O SUO DELEGATO	BLOCCHI OPERATORI	INVIO MODELLO SCARICO DITTA AGGIUDICATARIA DEL MATERIELE IMPIANTATO

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

8.12 Trasporti interni ed esterni

Il trasporto del paziente delle UU.OO. presenti all'interno dell'ospedale sarà totalmente gestito dal Coordinatore Infermieristico che ne curerà la chiamata telefonica e l'ora di arrivo nel Blocco Operatorio.

Il trasporto del paziente da e verso il Blocco Operatorio sarà effettuato dal personale assegnato ai relativi Blocchi Operatori.

La chiamata del paziente sarà effettuata, solo ed esclusivamente, dal Coordinatore Infermieristico dei Blocchi Operatori, o delegato, secondo l'ordine di priorità relativo alla lista operatoria giornaliera.

L'UO ricevente, alla chiamata Coordinatore Infermieristico o delegato, si attiverà per il relativo trasporto del paziente e della relativa documentazione.

Qualora, per qualsiasi ragione di natura clinica e/o logistica, il paziente atteso non potesse essere inviato, il Medico di reparto e/o il Coordinatore Infermieristico, dovranno contattare il Coordinatore Infermieristico del blocco operatorio e comunicare l'indisponibilità del paziente.

In questo caso, sarà cura del Coordinatore Infermieristico del blocco operatorio, di concerto con i Chirurghi presenti all'interno del blocco operatorio, ristabilire l'ordine operatorio dei pazienti.

Trasporto del paziente proveniente dal Pronto Soccorso

Il trasporto del paziente direttamente dal Pronto Soccorso sarà gestito dal Coordinatore Infermieristico e dall'Anestesista che ne cureranno la chiamata telefonica e l'ora di arrivo nel Blocco Operatorio, tenendo conto di eventuali condizioni di emergenza salva-vita.

Il trasporto del paziente da e verso il Blocco Operatorio sarà effettuato dal personale del Pronto Soccorso previa preparazione del paziente (p.es. svestizione), tenendo conto di eventuali condizioni di emergenza salva-vita.

Trasporto del paziente verso Terapia Intensiva/Subintensiva di altra struttura ospedaliera

Il trasporto di un paziente in condizione di urgenza verso le Terapie Intensive/Subintensive di altra struttura sarà gestito dall'Anestesista ed effettuato dal Centro Mobile di Rianimazione (CMR) di Tivoli o di Palestrina.

L' Anestesista ricercherà il posto letto in altra struttura ospedaliera aziendale tramite invio mail a "cot@aslroma5.it" cot@aslroma5.it, in cui deve specificare: il livello assistenziale richiesto (intensivo/subintensivo), le condizioni cliniche del paziente (p.es. intubato, emodinamicamente instabile, etc.) e la necessità di dispositivi medico-chirurgici indispensabili per il trasporto in sicurezza (p.es. ventilatore meccanico, pompe infusionali, etc.) che dovrà, eventualmente, mettere a disposizione.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

In attesa di risposta, l' Anestesista dovrà contattare telefonicamente le UU.OO. di Terapia Intensiva/Subintensiva aziendali ai seguenti numeri:

- Ospedale di Tivoli 07743164459
- Ospedale di Colleferro 0697223395
- Ospedale di Palestrina 0695322033

In caso di risposta affermativa di disponibilità di posto letto con orario di accettazione del paziente, l' Anestesista organizzerà il trasporto contattando i CMR a disposizione dell'ASL ROMA 5 ai seguenti numeri:

- CMR Tivoli 3358721967
- CMR Palestrina 3468570054

Per il trasporto da Tivoli, Monterotondo e Subiaco si dovrà prioritariamente attivare il CMR di Tivoli.

Per il trasporto da Colleferro e Palestrina si dovrà prioritariamente attivare il CMR di Palestrina.

Una volta concordato l'orario di arrivo del CMR, l' Anestesista ricontatterà telefonicamente la UO di destinazione e invierà mail di conferma alla stessa all'indirizzo cot@aslroma5.it.

In caso di richiesta contemporanea di più CMR e non disponibilità immediata degli stessi, l'Anestesista richiedente il CMR, qualora reputi necessaria ed immediata la disponibilità del mezzo, deve contattare il medico dell'altra UO che ne ha fatto richiesta, per effettuare collegialmente una valutazione di priorità. A tal proposito vanno considerati in ordine di priorità i seguenti elementi:

a. patologia tempo dipendente del paziente;
b. condizioni cliniche del paziente;
c. organizzazione della UO richiedente.

Qualora si verifichi la straordinaria necessità di ulteriore ambulanza medicalizzata per il trasporto improrogabile/indifferibile del paziente con patologia tempo dipendente, l'Anestesista, laddove sostituibile nell'attività di guardia anestesiologica, è autorizzato alla organizzazione ed esecuzione del trasferimento utilizzando una delle navette presenti nei Presidi. Pur essendo tutte le navette attrezzate a CMR, dovrà comunque verificare la disponibilità dei dispositivi medico-chirurgici indispensabili per il trasporto in sicurezza (p.es. ventilatore meccanico, pompe infusionali, etc.) che metterà, eventualmente, a disposizione.

In caso di indisponibilità di posto letto nelle UU.OO. di Terapia Intensiva/Subintensiva aziendali o di necessità di trasferimento presso altro ospedale regionale (p.es. sala emodinamica, radiologia interventistica o DEA di II livello), l'Anestesista invierà un utente *server fax,* in cui specificherà il livello assistenziale richiesto (intensivo/subintensivo), le condizioni cliniche del paziente (p.es. intubato, emodinamicamente instabile, etc.) e la necessità di dispositivi medico-chirurgici indispensabili per il trasporto in sicurezza (p.es. ventilatore meccanico, pompe infusionali, etc.), all'ARES 118 ai seguenti numeri:

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- 0653082471
- 0653082472
- 0653082473

e contatterà telefonicamente l'ARES 118 al numero 0658025102.

Prima del trasporto, l'Anestesista dovrà stabilizzare il paziente compatibilmente e col concorso di tutte le competenze specialistiche disponibili in ospedale, tenendo ben presente che la stabilizzazione definitiva può probabilmente essere ottenuta solo all'ospedale di destinazione.

Se possibile, l'Anestesista dovrà informare il paziente e/o i familiari/caregiver sulle ragioni e sulle alternative al trasferimento dando comunque priorità alla necessità di garantire, il più rapidamente possibile, il migliore percorso di cura per il paziente ed il ripristino della disponibilità dell'attività di guardia anestesiologica per altre eventuali necessità.

NB: La documentazione clinica che deve sempre accompagnare il paziente deve essere preparata senza ritardare il trasferimento per questi adempimenti.

8.13 Regolamento accesso alle sale operatorie di personale non aziendale

PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DA PARTE DI PROFESSIONISTI "ESTERNI"

Qualora i Direttori di UO richiedano l'accesso in sala operatoria, di personale Medico-Chirurgo proveniente da altre strutture, per motivi di episodica supervisione e/o collaborazione esterna, continuità assistenziale, attività didattica, etc., è possibile autorizzarne l'accesso e le attività di collaborazione operativa.

La richiesta deve essere presentata alla Direzione Sanitaria di Presidio esplicitandone le motivazioni e sarà riscontrata da formale "Nulla-Osta".

Il professionista esterno dovrà produrre idoneo certificato di assicurazione Rischi Contro Terzi (RCT) e di assicurazione per infortuni o malattie ricollegabili a detta attività.

La Direzione Generale e la Direzione Sanitaria dell'Ente di provenienza del professionista esterno devono rilasciare una opportuna autorizzazione con esplicita menzione se l'attività viene effettuata a titolo gratuito e al di fuori dell'orario di servizio.

La presenza e l'attività di collaborazione svolta dal professionista esterno, nonché la descrizione del ruolo svolto all'interno dell'équipe chirurgica, sono informazioni che dovranno essere incluse nel Consenso Informato che il paziente dovrà sottoscrivere prima dell'intervento.

Il nominativo dei professionisti esterni deve essere correttamente inserito nel verbale di intervento, dopo aver dato esaustiva informazione al paziente attraverso il Consenso Informato. Il professionista esterno dovrà impegnarsi a trattare i dati personali relativi al paziente con la massima tutela e riservatezza nel disposto delle leggi e regolamenti vigenti in materia di *privacy* e trattamento dei dati personali.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

REGOLAMENTAZIONE ACCESSI STUDENTI/MEDICI IN FORMAZIONE

Lo studente potrà partecipare alle attività assistenziali esclusivamente in virtù del percorso formativo previsto. Il numero di accessi degli studenti sarà regolamentato per singolo Blocco dal Coordinatore Infermieristico.

Il Medico in formazione, abilitato alla professione e iscritto all'ordine professionale, potrà partecipare alle attività assistenziali esclusivamente in virtù del percorso formativo previsto dalla relativa Scuola di Specializzazione.

Lo svolgimento dell'attività chirurgica ed interventistica da parte dei medici in formazione specialistica (Specializzandi) 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 procedura/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.

REGOLAMENTAZIONE ACCESSI "*SPECIALIST* DI PRODOTTO"

L'Azienda istituisce l'Elenco degli "*Specialist* di Prodotto" che potranno accedere nei blocchi operatori; tale accesso potrà avvenire solo se:

a) lo *Specialist* è stato inserito nel suddetto Elenco;
b) il Chirurgo primo operatore invia una richiesta di accesso motivata e su specifico intervento chirurgico;
c) la Direzione Sanitaria concede l'autorizzazione.

Lo *Specialist* di Prodotto, potrà essere presente in camera operatoria durante le procedure medico-chirurgiche e di controllo relative ai dispositivi medici commercializzati per fornire il supporto tecnico applicativo necessario per l'ottimizzazione dei dispositivi stessi. Il comportamento dello *Specialist* in sala operatoria è regolamentato dalle linee guida di Assobiomedica (Associazione Nazionale per le Tecnologie Biomediche, Diagnostiche, Apparecchiature Medicali, Servizi e Telemedicina) in materia di "strutture sanitarie e *Specialist* di prodotto che indicano il ruolo degli *Specialist* all'interno delle strutture sanitarie.

L'accesso di tale personale una volta autorizzato deve essere supervisionato dal Coordinatore Infermieristico/Ostetrico del Blocco Operatorio, che fornirà loro le divise da indossare nella zona filtro e verificherà che il lavaggio mani e la vestizione sia conforme.

Lo *Specialist* NON PUO:

- partecipare attivamente e direttamente alla procedura chirurgica: in nessun caso lo *Specialist* deve toccare il paziente. Sul punto si evidenzia come l'eventuale partecipazione

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

attiva dello *Specialist* alla procedura chirurgica rappresenti a tutti gli effetti un illecito di natura penale;
- programmare/riprogrammare un dispositivo senza la supervisione diretta del medico;
- scrivere sulla cartella clinica del paziente;
- interagire direttamente con il paziente senza la presenza del medico.

Nell'ipotesi che lo *Specialist* partecipi o concorra di fatto all'attività chirurgica a qualsiasi titolo, lo stesso dovrà rispondere del reato di lesioni volontarie (art. 582 e sgg. Cod. penale) essendo tale condotta non autorizzata dal paziente, per mancanza di consenso informato, vietata da questa azienda, né legittimata dal ruolo e dalla capacità professionale dello stesso (art. 348 Cod. penale "Esercizio abusivo di una professione"). Il reato di lesioni volontarie in capo allo *Specialist* sussiste a prescindere dall'esito fausto o infausto dell'intervento chirurgico. Detta imputazione è estesa anche allo stesso chirurgo a titolo di concorso, avendo questi consentito l'indebita ingerenza da parte di un soggetto non autorizzato all'esercizio dell'attività medica e chirurgica.

Lo *Specialist* PUÒ:

- fornire parere tecnico e informazioni sull'utilizzo corretto e sicuro dei dispositivi tecnici;
- supportare il medico per l'impiego dei dispositivi e delle apparecchiature;
- impostare le funzioni dei dispositivi seguendo le istruzioni impartite dal medico e sotto la sua supervisione.

Lo *Specialist* DEVE:

- essere individuato nominativamente, mediante apposizione sull'indumento da lavoro del tesserino di riconoscimento (D.Lgs n°81/08) e indossato la divisa monouso in TNT fornitagli dal personale del Blocco Operatorio, comprensiva di copricapo, mascherina chirurgica e calzari;
- concordare le tempistiche con i referenti aziendali, onde evitare eventuali interferenze con l'attività medica e chirurgica;
- accedere alle aree del Blocco Operatorio seguendo scrupolosamente le indicazioni comunicate dal personale dell'ASL ROMA 5 per evitare eventuali interferenze con il lavoro ordinario o emergenze tecniche, sanitarie e di sicurezza;
- non ingombrare con mezzi, materiali e/o attrezzature i percorsi di esodo e le uscite di emergenza;
- fare riferimento al personale aziendale ivi presente per qualsiasi evenienza, segnalazione e/o problematica.

8.14 RIPRESE VIDEO

La realizzazione del video/audio di un intervento chirurgico o procedura diagnostica deve avere motivazioni e finalità chiaramente individuate (ad es. per fini didattici-scientifici, per casistica operatoria, etc.) e devono essere autorizzate dal Responsabile di UO che ha in carico il paziente a cui si intende effettuare la ripresa video. Per altri eventuali casi non aventi le finalità

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

sopracitate, sarà necessario ed inderogabile richiedere in forma scritta l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.

I pazienti coinvolti nella registrazione devono essere sempre informati e dare il loro consenso scritto alla ripresa delle immagini che li possono riguardare (liberatoria per utilizzo di immagini), informando il paziente che in nessun modo tali immagini potranno permettere di risalire all'identità dello stesso. Le riprese devono avvenire senza inquadrature del volto e senza menzione alcuna dei dati anagrafici del paziente, e laddove non sia possibile, comunque sempre adottando sistemi di oscuramento parziale delle immagini che rendano irriconoscibili i pazienti o illeggibili i loro dati personali trascritti su referti, lastre, ecc.; qualora tale anonimato non possa essere assicurato, per obiettive ragioni o difficoltà tecniche di oscuramento delle parti di immagini che rendono identificabile gli interessati, il consenso alla ripresa video assumerà anche valore di "autorizzazione" riguardo anche allo specifico utilizzo delle riprese effettuate.

Una volta acquisita la liberatoria o l'autorizzazione il modulo dovrà essere conservato in cartella clinica.

Il paziente ha comunque facoltà di revoca del consenso informato alla ripresa video in qualsiasi momento con conseguente interruzione delle riprese e cancellazione di quanto filmato o fotografato. Ogni registrazione – originale e/o in copia - deve essere conservata, archiviata e protetta alla stregua di dato sensibile. La conservazione degli audio-video di atti sanitari è a cura del titolare della sua produzione.

In ogni caso, per nessun motivo, né il paziente né i suoi familiari e congiunti possono richiedere o pretendere di eseguire o di far eseguire audio-video-registrazioni di atti sanitari.

8.15 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 e dalla normativa vigente;
- di svolgere attività all'interno delle aree a bassa carica microbica (zona pulita) e nelle sale operatorie senza la divisa di sala operatoria, calzari, mascherina ed il copri capo (indossati correttamente);
- di utilizzare nelle aree dove viene svolta attività assistenziale (sala preparazione paziente, sala operatoria, PACU, etc.) dei telefoni cellulari e qualsiasi dispositivo elettronico abilitato alla connessione WIFI ad una distanza minima di almeno un metro dalle apparecchiature elettromedicali;
- di introdurre nei blocchi operatori 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",

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

- di ingresso in sala operatoria a tutto il personale dipendente che non sia, direttamente ovvero indirettamente, coinvolto nelle attività effettuate all'interno del blocco operatori;
- di ingresso di personale esterno non dipendente (osservatori, *specialist* di prodotto, tecnici) che non sia stato preventivamente autorizzato dalla Direzione Sanitaria;
- 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.

8.16 ABBIGLIAMENTO ALL'INTERNO DEL BLOCCO OPERATORIO

_Tutto il personale deve indossare l'abbigliamento specifico costituito da: casacca e pantalone, calzature lavabili/auto-clavabili, copricapo, mascherina monouso.

Casacca e pantalone: le divise utilizzate, conformi alla direttiva CE, devono essere indossate pulite prima di accedere al blocco operatorio e sostituite in caso di contaminazione.

Calzature: le calzature in poliuretano o in gomma, conformi alla direttiva CE, devono essere indossate prima di accedere al blocco operatorio e lavate in caso di contaminazione. Devono essere lavabili alla temperatura di 90/110°C, sterilizzabili in autoclave, antistatiche, antiscivolo, resistenti all'abrasione, alle flessioni ripetute e areate lateralmente. Per ridurre al minimo il rischio di contaminazione tutta la parte superiore deve essere completamente liscia, non forata, senza incisioni o accessori.

Copricapo monouso: devono essere indossati correttamente, cioè contenendo tutti i capelli, e vanno sostituiti quando contaminati o danneggiati.

Mascherine monouso: devono essere indossate correttamente coprendo naso e bocca, devono essere sostituite ad ogni intervento e/o ogni qualvolta risultino contaminate, umide o danneggiate, non devono essere praticati adattamenti o modifiche che alterino l'integrità e/o la funzione di barriera.

Visiere e occhiali protettivi: indossare visiere, occhiali protettivi, o schermi facciali per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante le procedure a rischio e le attività assistenziali che possano provocare schizzi di materiale biologico.

Se il personale deve allontanarsi dal Blocco Operatorio, deve indossare dei copri-calzature che vanno poi gettati prima di rientrare all'interno dello stesso. Questi copri-calzature vanno indossati anche ogni volta che vengano usati grossi quantitativi di liquidi per evitare di bagnare i piedi.

A causa delle basse temperature presenti all'interno del Blocco Operatorio, il personale può coprirsi con indumenti che rispettino i principi dell'asepsi. Un indumento di copertura usato al di fuori del Blocco Operatorio non deve essere impiegato al suo interno.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

9. RESPONSABILITA'

ATTIVITA' / OPERATORE	Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria	Direttore UO	Medico UO	CPSIE UO
Diffusione procedura ai Direttori di UO	**R**	C	I	I
Diffusione procedura ai Medici di UO	I	**R**	C	C
Diffusione procedura al personale del comparto di UO	I	C	C	**R**

R=Responsabile **C=C**oinvolto **I=I**nformato

PACU

ATTIVITA' / OPERATORE	Anestesista	CPSEI	CPSI
Verifica di disponibilità di spazio e personale disponibile alla sorveglianza in PACU	**R**	C	I
trasferimento del paziente dalla PACU al reparto di degenza	**R**	C	I
Dimissione dalla PACU	**R**	C	I
Organizzare il trasferimento in funzione delle condizioni cliniche del paziente, delle comorbidità, del tipo e durata dell'intervento e della destinazione (reparto di degenza ordinario o terapia intensiva)	**R**	C	I
Reperire posto letto in una delle rianimazioni dell'ospedale, nel caso in cui il paziente non sia idoneo per il trasferimento in reparto di degenza, sarà cura dell'anestesista	**R**	C	I

R=Responsabile **C=C**oinvolto **I=I**nformato

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

10. DOCUMENTAZIONE

Piano Annuale Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS). Procedura per l'implementazione della raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute sulla prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike". Delibera 376 del 27/09/2023. ASL ROMA 5.

Progetto per il miglioramento del percorso del paziente ultrasessantacinquenne con frattura del collo femore. Delibera 2169 del 20/10/2022. ASL ROMA 5.

Procedura per l'implementazione della Raccomandazione n. 11 del Ministero della Salute sulla prevenzione della morte o grave danno conseguenti a un malfunzionamento del Sistema di Trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero). Delibera 1034 del 13/08/2019. ASL ROMA 5.

Regolamento per il funzionamento del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA). Delibera 72 del 06/02/2017. ASL ROMA 5.

Procedura per l'implementazione della raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute sulla prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike". Delibera 1028 del 21/12/2016. ASL ROMA 5.

Procedura per l'implementazione della raccomandazione n. 3 del Ministero della Salute sulla corretta identificazione del sito chirurgico e della procedura. Delibera 1024 del 21/12/2016. ASL ROMA 5.

Procedura per l'attivazione di un sistema di monitoraggio di microrganismi con caratteristiche di antibiotico resistenza e/o elevata diffusibilità (microrganismi alert). Delibera 960 del 23/12/2014. ASL ROMA 5.

PDTA di Preospedalizzazione in fase di elaborazione.

Procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico.

Procedura di sterilizzazione in fase di elaborazione.

11. ARCHIVIAZIONE

La Procedura deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria Aziendale, presso la UOS *Risk Management*, Qualità dei processi ad *Auditing* e la UOS *Operation Management*; in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione *Risk Management*, Qualità dei processi ad *Auditing*; presso ogni computer presente nelle sale operatorie; presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nella procedura.

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Sarà comunque aggiornata entro tre anni dalla sua pubblicazione

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

13. CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Tenuto conto che la attività chirurgiche operatorie hanno un peso di massima rilevanza in termini di "produzione" per l'Azienda Ospedaliera e che assorbono una quantità rilevante di risorse umane, strutturali, impiantistiche e di apparecchiature di elevatissima qualità e costo, è indispensabile attuare un monitoraggio continuo dei risultati di tali suddette attività.

Il monitoraggio è finalizzato al miglioramento continuo della qualità dei risultati ottenuti e dell'efficienza della gestione organizzativa delle risorse impiegate.

In questa prima fase, saranno impiegati indicatori correlati unicamente ai tempi di utilizzo delle Sale Operatorie, che costituiscono concordemente l'aspetto basilare e più critico.

Tabella 3 Indicatori Utilizzo Sale Operatorie su base settimanale

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita ai direttori UOC/UOSD, DPS e Posizioni organizzative	**100%**	Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria
Documentazione correttamente distribuita	**100%**	Responsabili U.O. CPSIE camere operatorie
Documentazione correttamente archiviata	**100%**	CPSIE camere operatorie
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	**100%**	CPSIE camere operatorie
Corso formazione su Procedura al personale di Camera Operatoria e delle UU.OO. interessate Numero di lavoratori che hanno fatto il corso _____ (%) Totale dei lavoratori interessati	**> 70%**	Referente Aziendale per i percorsi chirurgici di Direzione Sanitaria
Rispetto dell'Orario di Inizio del Primo Intervento della seduta (incisione cute) (margine di accettabilità di 10 minuti) (Differenza tra inizio effettivo e programmato della procedura chirurgica del primo intervento della seduta) suddiviso per ogni singola U.O. responsabile della seduta	**≥85 %**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Tempo di Occupazione Sala ingresso/uscita paziente (Rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria ed il totale di ore assegnate, espresso in percentuale)	**≥75 %**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Tempo medio anestesiologico (valore medio della differenza tra i tempi :"paziente posizionato e pronto" e "inizio induzione anestesia", espresso in minuti per tutti gli interventi	**≤ al tempo standard**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Differenza tra n. interventi programmati ed effettuati (Rispetto delle liste operatorie)	**≥ 85 %**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Invio nei tempi stabiliti delle liste operatorie settimanali (mail – nuovo registro operatorio)	**≥75 %**	Direttori UOC/UOSD
Invio liste operatorie giornaliere entro le ore 10 del giorno precedente (mail – nuovo registro operatorio)	**≥75 %**	Direttori UOC/UOSD
Controllo Liste operatorie giornaliere e settimanali	**≥ 85 %**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Numero di pazienti rinviati su numero pazienti in lista operatoria *100 (Rispetto liste operatorie e qualità organizzazione) per U.O.	**≤ 10%**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Numero di referti operatori modificati su numero di referti completi * 100 Suddivisi per U.O. e per singole Utenze	**≤ 10%**	Direttori UOC/UOSD
Compilazione Check list sicurezza. Numero di Checklist compilate su numero di interventi effettuati *100	**100 %**	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Accuratezza della pianificazione chirurgica Numero di interventi cancellati _____ (%) Numero di interventi programmati	**≤ 10%**	Direttori UOC/UOSD

I resoconti del monitoraggio degli indicatori di utilizzo delle sale operatorie vengono trasmessi mensilmente alla Direzione Sanitaria, ai Direttori delle UU.OO. Chirurgiche, ai Direttori delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e a tutti gli operatori interessati al processo di utilizzo, sopra indicati. L'esame dei resoconti costituisce la base di partenza e il primo strumento per il miglioramento continuo della qualità dell'utilizzo delle sale operatorie.

Il rilievo di valori inattesi e non performanti degli indicatori adottati comporta la rivalutazione da parte del GAPAC delle risorse assegnate. Durante le notti e nei giorni festivi, il Dirigente Medico Coordinatore è sostituito nelle sue funzioni dall'Anestesista del Blocco Operatorio di Emergenza-Urgenza.

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

14. ALLEGATI

N° ALLEGATO	TITOLO
14.1	Format Lista Operatoria settimanale
14.2	Format Lista Operatoria giornaliera

Allegato 14.1 Format Lista Operatoria settimanale

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

UOC
Lista operatoria: DATA PRIMO GIORNO

GIORNO	N	Letto Reparto DH	COGNOME	NOME	DIAGNOSI	NOME COMUNE INTERVENTO	DURATA PRESUNTA (min)	OPERATORI	SANGUE SACCHE N°	Scopia (Si/No)	Estemporanea (Si/No)	Premedicazione Prescrizioni preoperatorie	Presidi DM	Post-operatorio (TIPO/PACU Reparto)	NOTE
Lunedì	1														
Lunedì	2														
Lunedì	3														
Martedì	1														
Martedì	2														
Martedì	3														
Mercoledì	1														
Mercoledì	2														
Mercoledì	3														
Giovedì	1														
Giovedì	2														
Giovedì	3														
Venerdì	1														
Venerdì	2														
Venerdì	3														
Sabato	1														
Sabato	2														
Sabato	3														

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Allegato 14.2 Format Lista Operatoria giornaliera

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

UOC

Lista operatoria: DATA

N	Letto Reparto DH	COGNOME	NOME	DIAGNOSI	NOME COMUNE INTERVENTO	DURATA PRESUNTA (min)	OPERATORI	SANGUE SACCHE N°	Scopia (Si/No)	Estemporanea (Si/No)	Premedicazione Prescrizioni preoperatorie	Presidi DM	Post-operatorio (TIPO/PACU/Rep)	NOTE
1														
2														
3														
1														
2														
3														

Documento di proprietà dell'ASL ROMA 5
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale