

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1087 DEL 27/06/2024

O G G E T T O

ADOZIONE DEL PIANO OPERATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI
ATTESA DEI RICOVERI PROGRAMMATI, PER LA CORRETTA TENUTA DELLE AGENDE DI
PRENOTAZIONE E PERCORSO CHIRURGICO

Proponente: DIRETTORE SANITARIO

Anno Proposta: 2024

Numero Proposta: 1139/24

Il Direttore Sanitario riferisce quanto segue:

Il "Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa" nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

Le "Linee di indirizzo per la gestione delle liste d'attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione" prevedono che la gestione dei ricoveri programmati nella struttura sanitaria debba essere funzionale a garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, a garantire che l'accesso del paziente sia gestito ad un livello qualitativo ottimale, a favorire l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse aziendali e a definire modalità uniformi per la valutazione dei tempi di attesa.

Le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" specificano che la gestione efficiente del percorso chirurgico deve essere vista nella prospettiva del governo clinico, che identifica un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari attraverso programmazione e gestione dei servizi che devono avere come elemento fondante il miglioramento della qualità e della sicurezza, mettendo al centro i bisogni degli utenti.

Per quanto sopra premesso l'Azienda Ulss n. 8 Berica ha realizzato il "Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati, per la corretta tenuta delle agende di prenotazione e percorso chirurgico", allegato alla presente deliberazione come parte integrante e sostanziale, i cui allegati sono:

- Regolamento aziendale di blocco operatorio;
- Cartella di sicurezza in sala operatoria;
- Regolamento per l'utilizzo delle sale operatorie distretto EST;
- Regolamento per l'utilizzo delle sale operatorie distretto OVEST.

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di adottare il "Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati, per la corretta tenuta delle agende di prenotazione e percorso chirurgico", allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale, e i relativi allegati;

2. di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata all'Albo online dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Leopoldo Ciato)

Il Direttore Sanitario
(parere non richiesto)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Patrizia Simionato)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI

DIREZIONE SANITARIA

Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati, per la corretta tenuta delle agende di prenotazione e percorso chirurgico

Governo delle liste d'attesa

L'Azienda Ulss 8 Berica realizza interventi per il governo, il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati per intervento chirurgico in linea con quanto previsto dal PNGLA, dalle “Linee di indirizzo per la gestione delle liste d’attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione” e dalle “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, definite con DGR 231/2023, al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini e contestualmente favorire un utilizzo efficiente delle risorse impiegate dal SSR nel percorso chirurgico peri-operatorio per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Inserimento dei pazienti in lista d'attesa ai fini dell'intervento chirurgico in ricovero programmato

Ai fini del governo del processo di inserimento in lista di attesa per intervento chirurgico in ricovero programmato è fondamentale la conoscenza della capacità erogativa delle strutture erogatrici, della domanda di prestazioni e del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato, distinti per classe di priorità. Devono essere disponibili anche i dati relativi al tempo medio di attesa e alla percentuale di rispetto del tempo medesimo rispetto agli standard per classe di priorità. E' altresì necessario definire in modo chiaro e condiviso le modalità di inserimento del paziente in Lista di Attesa secondo criteri e modalità classificatorie univoche a livello aziendale, in coerenza con i principi guida del PNGLA, come recepito con DGR 1164 del 6 agosto 2019, Allegato B, pag.11, e delle “Linee di indirizzo per la gestione delle liste d’attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione” in modo da inserire solamente i pazienti per i quali lo specialista convalida il bisogno della prestazione e conferma la necessità di ricovero attivando l’inserimento in lista di attesa.

Si riportano ruoli e responsabilità e documenti da compilare (allegato 1 e 2).

Si precisa che non è possibile l’apertura di un ricovero per intervento chirurgico programmato che non faccia riferimento ad una lista d’attesa, eccezion fatta per la programmazione ostetrica (tagli cesarei, IVG).

Definizione di Linee di indirizzo/ protocolli aziendali univoci per l’attribuzione della classe di priorità ai casi da inserire in lista di attesa ai fini dell’intervento chirurgico in ricovero programmato

Il Direttore di Unità Operativa

Ogni Direttore di Unità Operativa concorre alla definizione della stesura di protocolli condivisi con le altre UOC omologhe dell’Azienda descrittivi con particolare attenzione alla definizione dei tempi massimi di attesa ai fini della

DIREZIONE SANITARIA

omogenea attribuzione delle classi di criteri di priorità che regolano l'accesso alla lista di attesa dei ricoveri e alla rilevazione dei tempi di attesa previsti.

Il Direttore di Unità Operativa è responsabile:

- della corretta assegnazione delle classi di priorità per i ricoveri programmati;
- dell'inserimento dei pazienti in lista d'attesa informatizzata e della convocazione al ricovero;
- della comunicazione e informazione ai pazienti;
- della corretta tenuta delle liste secondo le indicazioni previste dalla procedura "Criteri di assegnazione delle classi di priorità e gestione delle liste d'attesa" (schema in allegato 1 e allegato 2);
- del monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa per la propria U.O., consultando il sistema di prenotazione e verificando settimanalmente la garanzia dei tempi per ciascun paziente prenotato;
- in caso di superamento del tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità attribuito, il Direttore dell'U.O. di ricovero è tenuto a verificare le motivazioni e/o problematiche che compromettono il rispetto dei tempi e intervenire per il superamento delle stesse;
- in caso di problematiche non risolvibili a livello di U.O., il Direttore dell'U.O. di ricovero è tenuto a informare il Direttore di Dipartimento per condividere una risoluzione in merito alla criticità riscontrata;
- ogni Direttore di U.O. è tenuto a revisionare regolarmente le liste d'attesa per assicurare la reale corrispondenza tra i pazienti presenti in lista e quelli effettivamente in attesa di ricovero.

In ogni Unità Operativa sono presenti e diffusi tali documenti (Allegati 1 e 2) di cui il Direttore di UOC è responsabile della:

- redazione;
- verifica ed eventuale revisione.

Lo stesso ne garantisce la conformità alla presente procedura, lo invia, ad ogni revisione, al Direttore Medico di Ospedale e al Direttore di Dipartimento.

Contenuti dei documenti (Allegati 1 e 2):

- criteri di assegnazione delle classi di priorità;
- elenco delle attività sanitarie svolte nell'Unità Operativa e soggette a prenotazione;
- modalità adottate per assicurare che il personale coinvolto nel processo di prenotazione sia a conoscenza dei criteri di priorità come definiti;
- descrizione delle modalità di comunicazione all'incaricato dell'inserimento in lista di attesa secondo la classe di priorità che il Medico ha assegnato al ricovero;
- descrizione delle modalità di inserimento nell'Agenda di prenotazione informatizzata con precisati:
 - luogo
 - orario
 - operatori autorizzati
- descrizione delle modalità di gestione delle Agende informatizzate con precisati:
 - soggetti che possono richiedere la prenotazione
 - soggetti che decidono l'inserimento nell'agenda di prenotazione
 - operatori autorizzati all'accesso
 - modalità di compilazione, periodicità di controllo e incaricato del medesimo, verifica dello stato delle richieste in attesa
- azioni da intraprendere in caso non sia possibile rispettare i tempi di attesa stabiliti per la classe di priorità assegnata;

DIREZIONE SANITARIA

- azioni da intraprendere di fronte ad una richiesta che non rispetta, senza valida giustificazione, i criteri di priorità stabiliti.

Per la compilazione dei criteri di assegnazione delle classi di priorità afferenti alla medesima specialità presente su più Unità Operative dell’Azienda ULSS n. 8 Berica, i criteri devono essere assegnati in modo uniforme per la stessa tipologia di intervento tra le varie Unità Operative coordinate dai Direttori di Dipartimento.

Ogni Direttore dell’Unità Operativa deve inoltre revisionare la lista di presa in carico e le liste d’attesa trimestralmente per assicurare la reale corrispondenza tra i pazienti presenti in lista e quelli effettivamente in attesa di ricovero.

In merito alla modalità di prenotazione e procedure di creazione della lista d’attesa per ricoveri programmati, ciascun Direttore di U.O. è tenuto a vigilare sul percorso, con particolare attenzione ai seguenti elementi:

a) se il ricovero è prescritto da MMG/PLS/altro specialista, la prescrizione del ricovero deve essere stata valutata come appropriata nel corso di una “visita filtro” (il paziente, con l’impegnativa recante l’indicazione al ricovero, accede alla "visita filtro" specialistica del reparto senza compartecipazione alla spesa/ticket.) È possibile che la "visita filtro" coincida con la visita ambulatoriale dello specialista ospedaliero;

b) la lista di attesa per ricoveri programmati deve contenere esclusivamente l’elenco dei pazienti che hanno completato l’intero iter diagnostico/terapeutico; i pazienti che invece non hanno completato l’iter diagnostico/terapeutico, che richiedono ulteriori valutazioni o che non hanno ancora l’indicazione all’intervento né la definizione del livello di gravità clinica, devono essere inseriti in una lista separata, denominata lista di presa in carico; Nella lista di attesa è necessario inoltre indicare se per il ricovero è presente la ricetta (presente se LP, privato o accreditato) (data prescrizione, codice prescrizione), la modalità di accesso (previsti da allegato A decreto n.6 del 27/3/2024 Regione Veneto visita ambulatoriale SSN, accesso al PS, libera professione, ambulatorio esterno (privato, convenzionato)) ed inoltre se il paziente effettua l’intervento in libera professione.

c) devono essere compilati accuratamente tutti i campi obbligatori, secondo quanto indicato dal medico nella scheda di programmazione ricovero/intervento;

d) all’atto dell’inserimento nel programma informatizzato per la gestione delle liste d’attesa, lo specialista che ha indicato il ricovero e inserito il paziente, rilascia al paziente una stampa di riepilogo dell’avvenuto inserimento in lista; In questa fase l’UO informerà il paziente relativamente alla sua posizione in lista di attesa e comunicherà le modalità con cui il paziente può manifestare la propria volontà di rifiuto all’intervento.

e) nel caso sia necessario sospendere temporaneamente il paziente dalla lista per:

- motivi clinici che rendono opportuno posticipare il ricovero (es. febbre, sindrome influenzale);
- necessità di approfondimento diagnostico di manifestazioni patologiche non note o riacutizzate;
- gravi e giustificati motivi personali adottati dal paziente (es. lutto in famiglia);
- motivi organizzativi (es. indisponibilità di posto letto o di sala operatoria);

il paziente deve essere sospeso e successivamente rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria, annotando nell’Agenda informatizzata il motivo di sospensione/cancellazione del ricovero;

f) in caso di rinuncia del paziente o ripetuta mancata presentazione senza giustificato motivo, il nominativo del paziente deve essere depennato dal programma informatico. Il paziente deve comunicare il rifiuto in forma scritta attraverso apposita modulistica da conservare presso la specifica UO.

DIREZIONE SANITARIA

Funzioni del Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento:

- è tenuto a monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa per il proprio Dipartimento, consultando il sistema di prenotazione e verificando periodicamente la garanzia dei tempi per i pazienti prenotati nelle UU.OO. afferenti al proprio Dipartimento e intervenendo nei casi di criticità segnalati dai Direttori di U.O.;
- in caso di superamento del tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità clinica attribuito, è tenuto a verificare le motivazioni e/o le problematiche che compromettono il rispetto dei tempi e intervenire per il superamento delle stesse;

In caso di problematiche non risolvibili a livello di Dipartimento, il Direttore del Dipartimento è tenuto a dare debita informativa chiedendo esplicito intervento per la risoluzione della criticità riscontrata e deve condividere ed elaborare congiuntamente con il Direttore Medico di Ospedale gli interventi necessari alla risoluzione della criticità riscontrata.

Il Direttore Medico di Ospedale

- divulga la procedura “Criteri di assegnazione delle classi di priorità e gestione delle liste d’attesa”. Questa documentazione è stata realizzata per ciascun Ospedale dai Direttori delle Strutture Complesse Chirurgiche con il supporto del Direttore di Dipartimento e successivamente supervisionato dal Direttore Medico di Ospedale. Le indicazioni della classe di priorità per i ricoveri programmati sono state omogeneizzate a livello aziendale per le seguenti discipline: chirurgia generale (interventi chirurgici di tumore alla mammella, tumore colon retto, tumore polmone, emorroidectomia, urologia, neurochirurgia, cardiocirurgia, otorinolaringoiatria, chirurgia pediatrica, oculistica, chirurgia maxillo-facciale, ginecologia, chirurgia plastica e ortopedia);
- supporta la definizione di criteri di assegnazione delle classi di priorità uniformi tra unità operative analoghe all’interno dell’Azienda ULSS n.8 Berica in collaborazione con il Direttore di Dipartimento chirurgico;
- rileva e monitora l’andamento temporale del tempo medio di attesa per tipo di ricovero e classe di priorità nei precedenti sei mesi avvalendosi della collaborazione del Direttore di Dipartimento.

Ogni Direttore di U.O. aggiorna le classi di priorità per i ricoveri programmati all’atto della definizione di un nuovo intervento e con periodicità triennale sulla base del modello Allegato 1.

DIREZIONE SANITARIA

Allegato 1

Criteria per l'assegnazione delle classi di priorità e la gestione delle liste d'attesa

STRUTTURA COMPLESSA

Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. Rientrano in questa categoria anche i ricoveri finalizzati al trattamento delle neoplasie maligne, anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

.....
.....
.....

Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

.....
.....
.....

Classe C: ricovero entro 90 giorni per i casi clinici che presentano dolore, disfunzioni, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

.....
.....
.....

Classe D: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzioni, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

.....
.....
.....

DIREZIONE SANITARIA

Classe E: per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzioni, o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

.....
.....
.....

I criteri considerati per l'individuazione delle priorità sono suggeriti dall'Allegato B al punto 2 dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome del 11/07/2002 "*Documento di indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa*":

- severità del quadro clinico;
- prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
- tendenza al peggioramento a breve;
- presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- implicazione sulla qualità della vita;
- casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Firma e Data

Direttore UOC di

DIREZIONE SANITARIA

Allegato 2

Il medico che visita il paziente e prescrive o conferma il ricovero attribuisce immediatamente la classe di priorità che deve essere evidente sulla richiesta/conferma di ricovero.

(indicare il modo di comunicare questa informazione a chi è addetto all'inserimento affinché venga inserita in lista di attesa con la giusta classe).

.....
.....

I medici che possono decidere il ricovero programmato presso l'UO sono:

(possono essere precisati i nomi, oppure la tipologia, ad esempio il medico di guardia, di turno agli ambulatori etc.).

.....
.....

La persona autorizzata a richiede la prenotazione è: *(indicare chi può chiedere l'inserimento in lista es. il paziente, il medico prescrittore, etc.):*

.....
.....

La persona o le persone autorizzate all'inserimento di nuovi pazienti nell'Agenda di prenotazione informatizzata dei ricoveri sono *(nome e funzione):*

.....
.....

presso nei giorni
dalle ore alle ore

La corretta tenuta dell'agenda informatizzata è responsabilità del Direttore di UOC (o di un suo delegato) che ne garantisce la gestione nel rispetto della legge sulla privacy.

Sono autorizzati alla sua consultazione:.....
.....
.....

Il presente documento viene redatto, verificato ed eventualmente revisionato dal Direttore di UOC quando vi sia la necessità di rivedere la procedura generale di gestione delle liste di attesa. Ogni revisione viene diffusa a tutti gli operatori dell'UO tramite comunicazione scritta e discussa in una riunione di reparto.

Questo Documento è stato revisionato il e approvato dal Direttore di UOC..... il Inviato alla Direzione dell'Ospedale il Il Direttore di UOC di.....

Aggiornamento liste d'attesa

DIREZIONE SANITARIA

Un'adeguata e periodica manutenzione **trimestrale** delle Liste di attesa è fondamentale per una efficiente gestione delle stesse e della programmazione operatoria nel rispetto delle classi di priorità. La lista di attesa viene analizzata periodicamente dal Controllo di Gestione attraverso un report (vedi par. 3 “Indicatori di Performance”) che condivide con le Direzioni Mediche.

Trimestralmente ogni unità operativa effettua una verifica dei nominativi presenti nelle liste di presa in carico e nelle liste di attesa

A tal proposito si ricorda che:

Lista di presa in carico: è la lista informatizzata che comprende i pazienti che hanno avuto indicazioni chirurgiche, ma necessitano di approfondimenti diagnostici (es. stadiazione), oppure che lo specialista non reputa pronti per l'intervento perché necessitano di un periodo di ulteriore valutazione-preparazione. Quando cambia la condizione il paziente viene trasferito in Lista di attesa.

L'esito delle verifiche trimestrali inerenti le liste di presa in carico potrà essere uno dei seguenti:

- Conferma della disponibilità all'intervento chirurgico con passaggio alla lista di attesa informatizzata
- Sospensione per motivazioni mediche/personali (vedi par. “Inserimento dei pazienti in lista di attesa ai fini dell'intervento chirurgico programmato”, punto e))
- Uscita del paziente dalla lista di presa in carico

La **sospensione del paziente dalla lista di presa in carico**, attraverso l'apposito pulsante, “Sospendi”, posiziona i pazienti temporaneamente sospesi in un'apposita lista “Pazienti sospesi”, visibile attraverso click su apposito flag. Per sospendere il paziente è obbligatorio indicare la motivazione (chemio/radioterapia preoperatoria, esami preoperatori in corso, gravidanza in atto, irreperibile per almeno 4 tentativi telefonici registrati, non operabile per patologia/e concomitante/i, non più indicazione all'intervento, operato in altra sede, progressione di malattia, rinviato per malattia concomitante, terapia medica, rinvio per volontà del paziente). Periodicamente ogni unità operativa procede alla manutenzione della lista dei Pazienti Sospesi. La riattivazione del paziente, con il pulsante “Riattiva” permette il rientro in lista di presa in carico in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

L'**uscita del paziente dalla lista di presa in carico**, avviene per trasferimento in Lista di attesa informatizzata o per rinuncia o controindicazione all'intervento o per decesso o intervento in altra sede.

Lista di attesa: è la lista informatizzata che contiene i pazienti transitati da lista di presa in carico o inseriti perché vi è indicazione all'intervento che non necessita di valutazione o ulteriori approfondimenti. **Non possono esserci liste di attesa cartacee o su altri supporti diversi da quello aziendale.**

Le liste di attesa informatizzate riguardano i ricoveri in tutti i setting, ordinario, day e week surgery.

Le prestazioni ambulatoriali di chirurgia utilizzano un'altra lista di attesa che segue le stesse regole delle liste di attesa dei ricoveri. Per la lista di attesa informatizzata valgono le stesse regole della lista di presa in carico. Nel momento del ricovero il paziente esce dalla lista di attesa.

Per eliminare un paziente dalla lista di attesa è obbligatorio indicare la motivazione (gravidanza in atto, deceduto, irreperibile, non operabile per patologia/e concomitante/i, progressione di malattia, operato in altra sede, terapia medica, controindicazione all'intervento o effettuazione intervento presso altra sede, rinuncia).

DIREZIONE SANITARIA

Il rifiuto dell'intervento va adeguatamente documentato specificando la data del contatto con il paziente e l'operatore incaricato della chiamata. I pazienti eliminati dalla lista di attesa rimangono sempre visibili nella lista "Pazienti eliminati".

Identificazione del Responsabile Unico Aziendale per l'accesso ai ricoveri programmati (RUA)

Il Responsabile Unico Aziendale per l'accesso ai ricoveri programmati è il Referente della cabina di Regia Regionale (RUA) che ha la funzione di partecipare agli incontri previsti nell'ambito della cabina di regia, trasferendo le informazioni al Direttore Sanitario e di promuovere l'applicazione delle indicazioni regionali.

Il RUA è identificato nella figura del Referente della Cabina di Regia Regionale.

Coordinatore Aziendale delle liste operatorie

Il coordinatore aziendale delle liste operatorie ha la funzione di supervisionare la gestione delle liste operatorie in funzione delle liste d'attesa secondo un approccio atto a garantire uniformità di accesso e trasparenza.

Il coordinamento dell'intero percorso ha l'obiettivo di assicurare uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, fermo restando che la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, rimane in capo al Direttore Sanitario.

Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, come indicato nel Regolamento sulla libera professione aziendale sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, l'Organismo paritetico di promozione e verifica dell'attività libero professionale - avvalendosi dei controlli svolti dalla UOC direzione amministrativa di ospedale (art. 43 - Meccanismi di valutazione e controllo del sopraccitato regolamento) documenta le verifiche e i controlli effettuati con il supporto delle altre unità operative competenti in materia: gestione risorse umane, contabilità e bilancio, controllo di gestione, servizio delle professioni sanitarie e direzioni mediche.

Le relazioni prodotte, secondo Regolamento, dall'Organismo di promozione e verifica, e le eventuali criticità dovranno essere condivise dal coordinatore dell'Organismo di promozione e verifica dell'attività libero-professionale.

Il coordinatore delle liste operatorie è indicato nella figura del Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive.

Identificazione e funzioni dei Responsabili della Gestione e conservazione del Registro Unico dei ricoveri e liste d'attesa

La Legge n. 724 del 23 dicembre 1994 all'Articolo 3, comma 8 cita: "[...] Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri".

Il progetto Mattoni "Linee guida per le Agende di Prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" definisce le caratteristiche delle Agende di Prenotazione.

DIREZIONE SANITARIA

L'evoluzione successiva della normativa stabilisce che i Registri unici dei ricoveri siano unici ed informatizzati a livello aziendale.

Per quanto riguarda la responsabilità della gestione del **Registro “unico” dei ricoveri ospedalieri** e del **Registro “unico” delle liste operatorie**, la DGR n.1191 del 26 luglio 2016 fornisce alcune disposizioni applicative. **I Responsabili della gestione e della conservazione del Registro “unico” dei Ricoveri Ospedalieri e del Registro “unico” delle liste operatorie devono:**

- garantire la corretta applicazione della normativa di riferimento;
- controllare la qualità dei dati contenuti nei due registri con particolare riferimento a: appropriatezza delle classi di priorità assegnate ai pazienti in relazione al tipo di ricovero/intervento, al tipo di accesso al SSR, corretta applicazione dei percorsi assistenziali, ivi compresi i PDTA, rispetto e trasparenza dei tempi di effettiva erogazione degli interventi chirurgici;
- formalizzare una procedura generale per la gestione del registro comprensiva di espliciti criteri per la definizione delle priorità di accesso al Registro Unico dei Ricoveri Programmati, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito, come previsto dalla procedura *“Criteri di assegnazione delle classi di priorità e gestione delle liste d’attesa”*;
- assicurare attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all’utilizzo corretto, trasparente ed appropriato del registro; tale attività di vigilanza riguarda, inoltre, le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all’inserimento dei dati, alla conservazione, alla tutela di accesso e riservatezza, come esplicitato nella procedura *“Criteri di assegnazione delle classi di priorità e gestione delle liste d’attesa”*.

Il programma informatico per la gestione delle Liste d’Attesa si compone di campi obbligatori, denominati “essenziali” e campi non obbligatori, denominati “utili”.

Tali campi raccolgono: dati anagrafici (come nome e cognome del paziente, codice fiscale, sesso, data di nascita, residenza, numero di telefono, persona da informare); dati di tipo clinico (diagnosi o sospetto diagnostico, tipo di percorso/intervento previsto, classe di priorità); dati sulla modalità di prenotazione (medico prescrittore, data di prescrizione, data di prenotazione, modalità di accesso).

Sono inoltre previsti due campi relativi alle note sia cliniche che di eventuale esclusione/cancellazione dalla lista d’attesa. In quest’ultimo caso l’eventuale cancellazione andrà motivata: risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso etc.

Infine devono essere presenti data prevista per il ricovero e data reale del ricovero:

Si designano come Responsabili della gestione e della conservazione del Registro “unico” dei Ricoveri Ospedalieri e del Registro “unico” delle liste operatorie per l’Azienda ULSS n. 8 Berica i Direttori Medici di ciascun Ospedale.

Funzioni di verifica delle liste d’attesa

Al fine di effettuare un controllo sulla gestione delle liste d’attesa, si riportano i ruoli e responsabilità previsti a livello aziendale.

DIREZIONE SANITARIA

Nucleo Aziendale di Controllo

Il NAC ha i seguenti compiti:

- vigila sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione;
- verifica il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;
- trasmette al Tavolo di Monitoraggio Aziendale le eventuali criticità riscontrate.

Tavolo di Monitoraggio Aziendale

Il Tavolo di Monitoraggio Aziendale, D.G.R. n. 320 del 12 marzo 2013, ha le seguenti funzioni:

- valuta i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa;
- propone a livello aziendale le soluzioni idonee finalizzate di volta in volta a sanare le eventuali criticità riscontrate dai NAC;
- mette in atto tutte le azioni finalizzate ad impattare sull'offerta e migliorare le relative performance aziendali.

Informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale

Al fine di realizzare un sistema integrato di gestione dell'accesso alle prestazioni, l'Azienda Ulss 8 Berica garantisce l'adozione di strumenti di classificazione degli interventi in lista d'attesa e l'introduzione di metodi tecnico-organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativi) tali da consentire:

- diffusione completa, a livello aziendale, dell'adozione degli strumenti informatici per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;
- monitoraggio aziendale prospettico, con sistemi di avviso (cruscotto, mail etc.), in grado di consentire interventi mirati laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa;
- integrazione con i sistemi aziendali che gestiscono la programmazione delle sale operatorie;
- possibilità di programmare l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità;
- attivazione dei percorsi tecnici ed organizzativi per la pulizia delle liste al fine di soddisfare i criteri di corretta gestione delle agende promuovendo l'utilizzo di verifiche delle liste medesime;
- garanzia di una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista.

Prenotazione: gestionale per l'informatizzazione delle liste d'attesa

La gestione informatizzata delle liste d'attesa è integrata rispetto al Sistema Informativo Ospedaliero implementato a livello Regionale. In particolare sono presenti i campi previsti dal Progetto Mattone-DGR 600/2007 che definisce quali sono le voci che devono essere presenti nelle liste d'attesa informatizzate distinte in essenziali ed utili:

- Nome e cognome del paziente: (essenziale);
- Codice fiscale: (essenziale);
- Sesso: presente (essenziale);
- Data di nascita: presente (utile);
- Residenza: presente (utile);
- Numero di telefono: (essenziale);
- Persona da informare (nome e telefono): (essenziale);
- Diagnosi o sospetto diagnostico con codice ICD-9- CM: (essenziale);

DIREZIONE SANITARIA

- Classe di priorità: (essenziale);
- Note cliniche particolari: (utile);
- Nome del medico prescrittore: (utile);
- Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico, etc.) con codice ICD-9- CM: (utile);
- Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore: (essenziale);
- Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione: (essenziale);
- Data prevista per il ricovero: (essenziale);
- Data reale del ricovero: presente ricavabile dall'anagrafica (essenziale);
- Motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista: (essenziale);
- Modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata, etc.): (utile).

Si evidenzia che due campi del progetto Mattone (residenza, note cliniche particolari) non sono previsti dalle Linee di indirizzo ministeriali.

Ulteriori elementi previsti dalle Linee di Indirizzo ministeriali

Elementi previsti nelle Linee di indirizzo ministeriali sono i seguenti:

- L'ordinamento dei pazienti in lista deve essere effettuato sulla base del calcolo di SCORE, costruito per coniugare sia l'aspetto di urgenza (definito dalla classe di priorità) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo già trascorso in lista d'attesa) e garantire maggiore equità nel processo;

$$Score_i = TdA_i \frac{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente}}{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità}}$$

- Ora di prenotazione;
- Tempo massimo regionale, o se minore, aziendale espresso in giorni (entro...giorni);
- Tempo di attesa previsto (espresso in giorni) inteso come stima del tempo mediano di erogazione del ricovero;
- Ambito territoriale/struttura erogatrice proposta accettata da parte dell'utente;
- Rifiuto e accettazione di ricovero presso altra struttura rispetto a quella in cui è inserito in lista d'attesa per accedere al ricovero in tempi più brevi presso altre strutture equivalenti;
- Nel caso di rifiuto esplicito da parte del paziente, il sistema deve escludere il tempo d'attesa per la prestazione che non rientrerà tra quelle monitorate, ad eccezione delle classi A;
- Eventuale stato di sospensione con indicazione di data di inizio e fine e delle motivazioni (sanitarie o personali): durante il periodo di sospensione il paziente mantiene il livello di priorità maturato, il contatore è fermo e il tempo di sospensione deve essere sottratto dal tempo di attesa.

Lo specialista ospedaliero che ha indicato il ricovero e inserito il paziente in lista d'attesa deve poter lasciare al paziente una stampa dell'avvenuto inserimento in lista che, oltre ai campi sopracitati, deve contenere anche i seguenti punti:

DIREZIONE SANITARIA

- a chi e come il paziente deve comunicare un'eventuale cancellazione o modifica della disponibilità di prenotazione (es. nome e cognome del Medico proponente, denominazione e sede dell'U.O. e telefono del centralino);
- descrizione dell'offerta di sedi alternative, nell'ambito territoriale di competenza, quando presente e formalizzata una rete interospedaliera;
- informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- modalità di rinuncia;
- riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista;
- eventuali criticità in ordine ai tempi d'attesa;

Sarà compito del Direttore del Controllo di Gestione la verifica e il controllo dei sistemi attualmente in uso rispetto a quanto previsto da normativa e dei Direttori Medici di Ospedale la verifica del rispetto delle procedure da parte degli specialisti ospedalieri.

I Referenti per l'Informatizzazione sono individuati in:

- **Referente dei Servizi per l'Informatica,**
- **Referente del Controllo di Gestione,**
- **Direttori Medici di Ospedale.**

DIREZIONE SANITARIA

Strumenti di monitoraggio della domanda

Indicatori previsti dal documento “Linee di indirizzo per la gestione delle liste d’attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione”

L’Azienda ULSS 8 Berica si è dotata di un sistema di business intelligence in grado di fornire cruscotti utili alla valutazione dei tempi di attesa.

Vengono identificate tre classi di indicatori da monitorare a cadenza semestrale:

1. Indicatori organizzativo-procedurali

Adozione formale di una Procedura aziendale di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati e corretta tenuta delle agende di prenotazione

La procedura, definita nel presente piano, stabilisce anche ruoli e responsabilità per la verifica della corretta gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati e la corretta tenuta delle agende di prenotazione.

Identificazione, nell'ambito del piano aziendale, del Referente Cabina di Regia Regionale

Il presente piano indica nella figura del Referente della Cabina di Regia Regionale il Responsabile Unico dell'Accesso ovvero Referente Unico Liste d'Attesa.

Adozione di un regolamento per la formulazione e la gestione della lista di presa in carico

La procedura, definita nel presente piano, stabilisce anche i ruoli e la responsabilità per la formulazione e la gestione della lista di presa in carico.

Adozione di un regolamento per la centralizzazione delle procedure di cui al D.M. n. 70/2015 nelle strutture accreditate della rete ospedaliera

Il D.M. n. 70/2015 definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei relativamente all’adeguatezza delle strutture, delle risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale delle strutture, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, promuovendo l’ampliamento degli ambiti dell’appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure. L’erogazione delle cure secondo i principi appena descritti prevede, in un contesto di risorse limitate, una riorganizzazione della rete ospedaliera per la quale elementi determinanti risultano essere i volumi di attività per specifici processi e la valutazione degli esiti, molti dei quali sono riferibili all’attività e alle procedure chirurgiche.

Il regolamento per la centralizzazione delle procedure di cui al D.M. n. 70/2015 nelle strutture accreditate della rete ospedaliera dovrà essere definito a cura del Gruppo Strategico e successivamente con il Tavolo di monitoraggio per la gestione delle liste d’attesa.

2. Indicatori di corretto utilizzo della lista d’attesa

Numero di ricoveri programmati non transitati sul sistema di prenotazione (congruenza SDO-lista d'attesa).

La verifica semestrale del numero di ricoveri programmati non transitati sul sistema di prenotazione (congruenza SDO-lista d'attesa) verrà effettuata dal Referente per la misura della domanda della Lista

DIREZIONE SANITARIA

d'Attesa (Controllo di Gestione) che trasmetterà il monitoraggio al RUA, al Coordinatore Aziendale delle liste operatorie e ai Direttori Medici di Ospedale.

3. Indicatori di performance

Nell'ottica di implementare modelli di Governo dei processi a livello aziendale, è fondamentale prevedere un monitoraggio da un lato della consistenza di lista di attesa e dei relativi tassi di ingresso e dall'altro della capacità produttiva in correlazione all'utilizzo efficiente delle risorse attualmente disponibili in termini di ore di sala operatorie con equipe presente, posti letto e sale operatorie fisiche utilizzabili al fine di identificare aree di incremento della capacità produttiva.

Sulla base di un sistema di classificazione condiviso, di sistemi informativi a supporto e di regole condivise è possibile definire in tempo reale un monitoraggio continuo dello stato delle Liste di Attesa, attraverso gli indicatori sotto riportati che possono essere aggregati a livello Aziendale stratificandoli per Classi di Priorità e ICD-9-CM o raggruppamenti per disciplina.

Di seguito si riporta un esempio di tabella di indicatori per il monitoraggio della fase pre-operatoria.

Il miglioramento di un processo nasce attraverso la sua misurazione, ovvero l'individuazione di una serie di informazioni (eventi) in grado di descrivere il flusso delle attività eseguite sul paziente, che ne permetta la conoscenza oggettiva, e lo sviluppo di indicatori che possano descrivere l'adeguato fluire delle attività del processo, l'efficacia e l'efficienza della cura.

DIREZIONE SANITARIA

Indicatori Preoperatori

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M1	CONSISTENZA LISTA DI ATTESA	$LdA = \sum pz_in_LdA$	<p>Numerosità dei pazienti in lista di attesa, stratificati per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Classe di priorità, -Regime, -Unità operativa. 	<p>Permette di conoscere il numero di cittadini in attesa di essere trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale e di fare valutazioni nell'ottica della programmazione chirurgica.</p>
M2	TEMPO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA'	$TdA = T3 - T1$	<p>Tempi di attesa stratificati per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Classe di priorità, -Regime, -Unità operativa. <p>Si ottiene dalla differenza tra la data del ricovero e la data di inserimento in Lista di attesa. È espresso in giorni.</p>	<p>Permette di conoscere il tempo prima che il paziente venga ricoverato per il trattamento chirurgico. È il tempo di attesa del singolo paziente.</p>
M3	NUMERO DI PAZIENTI OLTRE SOGLIA	$OS = \sum pz_TdA > CP$	<p>Numero di pazienti ricoverati con tempo di attesa maggiore del tempo di attesa previsto dalla classe di priorità; stratificati per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Regime di ricovero, -Unità operativa. 	<p>Permette di conoscere il numero di cittadini trattati chirurgicamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale dopo aver superato il tempo di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata.</p>

DIREZIONE SANITARIA

M4	TEMPO DI PREPARAZIONE	$TP = Data_LdA - Data_PIC$	Tempo intercorso tra la data di inserimento in PIC (Presa in Carico) e la data di inserimento in Lista di attesa, stratificato per classe di priorità. È espresso in giorni.	Descrive quanto tempo i pazienti impiegano ad essere pronti per l'intervento chirurgico.
M5	UTILIZZO DEL PRE-RICOVERO	$U_{PreRic} = \frac{\sum pz\ operati\ PreRic}{\sum pz\ operati}$	Numero di pazienti operati che hanno usufruito del pre-ricovero rispetto al numero totale di pazienti operati.	Permette di valutare l'utilizzo del pre-ricovero, ovvero per quanti pazienti è stata verificata l'idoneità a sostenere un intervento chirurgico programmato.
M6	TEMPO DI IDONEITA'	$T_I = T3 - T2$	Si ottiene dalla differenza tra la data di ricovero e la data in cui è stato eseguito il pre-ricovero. È espresso in giorni.	Permette di valutare l'efficienza organizzativa delle attività propedeutiche e di preparazione all'intervento chirurgico.
M7	TEMPO PER LA CHIAMATA AL PRE-RICOVERO PER CLASSE DI PRIORITA'	$T_{PreRic} = T2 - T1$	Tempo intercorso tra l'inserimento in Lista d'attesa e l'esecuzione del pre-ricovero. È espresso in giorni.	Permette di verificare se il pre-ricovero viene svolto in tempo utile dopo l'inserimento in Lista d'attesa per garantire il rispetto della classe di priorità.
M8	TEMPO DI DEGENZA PRE-OPERATORIA	$T_{p0} = T4 - T3$	È il tempo tra la data del ricovero e la fase intraoperatoria, espresso in giorni.	È fortemente connessa all'utilizzo del pre-ricovero.

DIREZIONE SANITARIA

L'obiettivo è il monitoraggio dell'efficienza di sala operatoria al fine di garantire l'individuazione di eventuali aree di miglioramento per sviluppare soluzioni organizzative che permettano di garantire che la pianificazione dei ricoveri eseguita in funzione delle Liste di Attesa sia governata secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

Di seguito sono descritti gli indicatori di misura utili a determinare la capacità produttiva aziendale e al monitoraggio del percorso peri-operatorio.

Le Definizioni utilizzate in seguito riguarderanno:

- **Intervallo:** differenza fra due eventi che descrivono un'attività oppure un tempo di attesa
- **Indicatore:** descrive l'andamento di un fenomeno. Gli indicatori sono variabili altamente informative e utili a fornire una valutazione sintetica circa il raggiungimento o il mantenimento nel tempo di un determinato obiettivo prefissato. Possono fornire sia valutazioni istantanee che andamenti nel tempo e nello spazio.
- **Tempo di sala operatoria:** indicato nella tabella seguente come **tSO**, rappresenta il numero di ore di sala operatoria disponibili all'uso, ovvero con equipe presente, assegnate ad una specifica Unità Operativa oppure a programmi di specifica complessità.

Indicatori Intraoperatori

	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M9	RAW UTILIZATION	$RU = \frac{\sum OutSO - InSO}{tSO} (\%)$	Rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria e il totale di ore di SO assegnate, espresso in percentuale.	Indica per quanto tempo di SO assegnato, la SO è occupata da pazienti e quindi impegnata in attività core. Rappresenta la saturazione delle sedute pianificate.
M10	START-TIME TARDINESS	STT= InSI - SignIN	Differenza tra l'effettivo ingresso in sala operatoria del primo intervento chirurgico della giornata e l'ingresso in sala da regolamento programmazione (SIGN IN)	Indica il ritardo di inizio dell'ingresso in sala operatoria del primo intervento chirurgico della giornata rispetto a quanto programmato da regolamento

DIREZIONE SANITARIA

M11	OVER-TIME	$OT = OutBO - Fine\ SLOT$	Differenza tra l'uscita da BO dell'ultimo paziente e l'orario programmato da regolamento di fine SLOT (chiusura BO, dimissione paziente e ripristino sala operatoria) espressa in minuti ($OutBO > FineSLOT$)	Indica l'intervallo di tempo supplementare durante il quale il BO resta occupato dall'ultimo paziente della giornata rispetto a quanto era stato pianificato.
M12	UNDER UTILIZATION	$UU = FineSlot - OutBO$	Differenza tra l'orario programmato di fine SLOT (chiusura BO) e il momento effettivo di uscita dal BO, espressa in minuti. ($FineSLOT > OutBO$)	Indica l'intervallo di tempo durante il quale il BO non viene utilizzato a pieno regime, perché l'ultimo paziente è uscito prima rispetto a quanto era stato programmato.
M13	TURNOVER TIME	$TT = InSO_{pz} - OutSO_{pz}$	Differenza tra il momento di ingresso in SO del paziente successivo e il momento di uscita dalla SO del paziente precedente, espresso in minuti.	Indica l'intervallo di tempo di ripristino della SO tra un paziente ed il successivo, da intendersi come la somma del tempo di pulizia (cleanup) e di preparazione della SO (setup).
M14	TEMPO MEDIO CHIRURGICO	$Tchir = EndCh - StCh$	Differenza tra gli eventi "fine procedura chirurgica" e "inizio procedura chirurgica", espressa in minuti.	Indica la durata media dell'intervento chirurgico.
M15	TEMPO MEDIO ANESTESIOLOGICO	$Tanest = PzPr - StAnest$	Differenza tra gli eventi "paziente posizionato e pronto" e "inizio induzione anestesia", espressa in minuti.	Indica l'intervallo di tempo medio di preparazione del paziente all'intervento chirurgico.

DIREZIONE SANITARIA

M16	NUMERO DI INTERVENTI PER SLOT	$N = \frac{n \text{ interventi}}{n \text{ SLOT}}$	Numero di interventi effettuati durante uno SLOT di sala (unità di tempo sala assegnata in fase di programmazione), espresso come media.	Indica la densità di interventi chirurgici in una SO.
M17	TOUCH TIME	$Tanest = OutSO - StAnest$	Differenza tra il momento in cui il paziente esce dalla SO e l'inizio delle attività di induzione dell'anestesia.	Tempo di contatto, a valore per il paziente, elaborato come proxy in funzione della disponibilità dei dati.
M18	TASSO DI CASI CANCELLATI	$CC = \frac{n \text{ interventi canc}}{n \text{ interventi prog}} (\%)$	Rapporto tra il numero di interventi cancellati e il numero di interventi programmati, espresso in percentuale.	Indica quanto è accurata e verosimile la pianificazione chirurgica. Indica la variabilità della programmazione giornaliera.
M19	PERCENTUALE DI PAZIENTI INVIATI IN T.I.P.O	$RR = \frac{n \text{ pz in RR}}{n \text{ pz operati}} (\%)$	Rapporto tra il numero di pazienti inviati in T.I.P.O e il totale dei pazienti operati, espresso in percentuale.	Indica il numero di pazienti inviati in T.I.P.O, permettendo di avere uno storico su cui programmare.
M20	PERCENTUALE DI PAZIENTI INVIATI IN TERAPIA INTENSIVA	$UTI = \frac{n \text{ pz in RIAN}}{n \text{ pz operati}} (\%)$	Rapporto tra il numero di pazienti inviati in Rianimazione e il totale dei pazienti operati, espresso in percentuale.	Indica il numero di pazienti inviati in Rianimazione-, permettendo di avere uno storico su cui programmare.
M21	TASSO DI UTILIZZO PROGRAMMATO	$UP = \frac{t \text{ programmato}}{tSO} (\%)$	Rapporto tra il tempo di SO programmato dal chirurgo in nota operatoria e il totale di ore di SO assegnate, espresso in percentuale.	Indica quanto è accurata e verosimile la pianificazione chirurgica giornaliera in via preventiva.

DIREZIONE SANITARIA

M22	TURNOVER TIME PROLUNGATI	$TTP = \frac{nTT > 60min}{nTT} (\%)$	Rapporto tra il numero di turnover time superiori a 60 minuti e il numero totale di turnover time, espresso in percentuale.	Definisce un cut-off per i turnover time più lunghi e li quantifica identificando eventuali outlier o criticità.
M23	RAW UTILIZATION PER LA SO DI URGENZA	$RU_U = \frac{\sum OutSO_U - InSO_U}{tSO_U} (\%)$	Relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala e il totale di ore di SO assegnate, espresso in percentuale.	Indica per quanto tempo i pazienti sono in SO, all'interno di una sessione pianificata in SO di urgenza.
M24	NUMERO DI CASI IN URGENZA IN SESSIONE ELETTIVA	$UinE = \frac{n \text{ elettive urgenza}}{n \text{ elettive}}$	Rapporto tra il numero di sessioni elettive occupate da casi di urgenza e il numero totale di sessioni elettive, espresso in percentuale.	Indica quanto spazio hanno le urgenze all'interno di una programmazione ordinaria.
M25	FUORI SESSIONE	$FS = \frac{\text{minuti lav rep}_U}{\text{minuti lav tot}_U} (\%)$	Relativamente alla SO di urgenza, rapporto tra i minuti di lavoro in regime di pronta disponibilità e il totale dei minuti di lavoro, espresso in percentuale.	Indica quant'è la mole di lavoro in regime di pronta disponibilità per chi lavora in SO urgenza.
M26	VALUE ADDED TIME	$VAT = \frac{EndCh - StCh}{OutSO - InSO} (\%)$	Rapporto percentuale tra il tempo medio chirurgico (indicatore M14) e il tempo medio di permanenza del paziente nella SO. Esprime la percentuale di tempo a valore aggiunto sul totale tempo di attraversamento del paziente.	Consente di misurare ogni miglioramento introdotto a seguito dell'individuazione e la soluzione degli sprechi, oltre al monitoraggio delle performance delle SO.

DIREZIONE SANITARIA

Indicatori Postoperatori

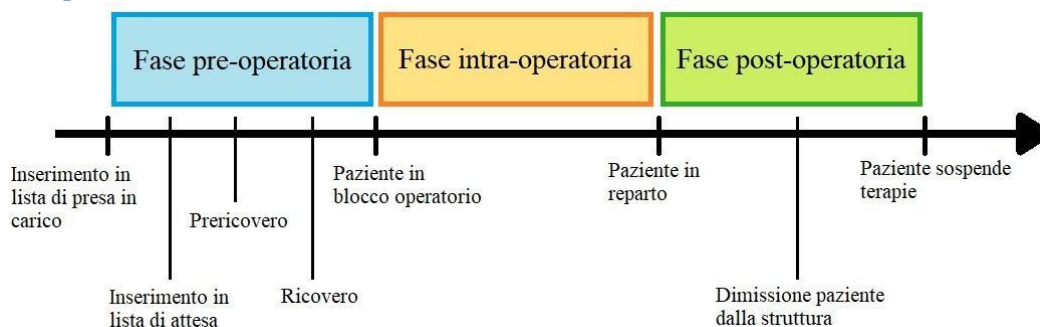
	INDICATORE DA RILEVARE	CALCOLO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
M27	TASSO DI REINGRESSI IN SALA OPERATORIA	$R = \frac{N \text{ pz rientrati in SO}}{N \text{ interventi effettuati}} (\%)$	Rapporto tra i reingressi in SO non programmati avvenuti per motivi clinici connessi al primo intervento e il numero di interventi totali effettuati. Può essere valutato dopo 7, 15 o > 30 giorni dall'intervento chirurgico. È espresso in percentuale.	Dà un'indicazione sul numero di complicanze post-chirurgiche maggiori, che causano un reintervento chirurgico.
M28	TASSO DI CONVERSIONE DA REGIME DI DAY SURGERY A RICOVERO ORDINARIO	$C = \frac{n \text{ conversioni DS in ORD}}{n \text{ interv DS effettuati}} (\%)$	Rapporto tra il numero di pazienti ricoverati in regime di Day Surgery poi convertiti in regime di ricovero ordinario e il totale degli interventi eseguiti in regime di Day Surgery. È espresso in percentuale	È informativo per quanto riguarda il tasso di complicanze cliniche o organizzative responsabili di un cambiamento di setting assistenziale.
M29	TEMPO DI DEGENZA POST-OPERATORIA	$TdegPO = T6 - T5$	Differenza tra la data di dimissione e la data di esecuzione dell'intervento chirurgico.	Dà informazioni su complicanze, appropriatezza e corretta valutazione pre-operatoria.
M30	RIAMMESSI IN RR/TIPO ENTRO 24H	$Rin = \frac{n \text{ pz rientrati in RR/TIPO}}{n \text{ interventi totali}}$	Rapporto tra il numero di pazienti rientrati in RR o TIPO entro 24 ore ed il numero totale di accessi. Questo indicatore può essere calcolato per la RR e per la TIPO.	Dà informazioni sull'efficacia e sicurezza della gestione post-operatoria.



DIREZIONE SANITARIA

M31	PAZIENTI RICOVERATI IN RR/TIPO NON PREVISTI	$Rin = \frac{n \text{ pz in RR/TIPO non previsti}}{n \text{ interventi totale}}$	Rapporto tra il numero di pazienti programmati ammessi in RR o TIPO non previsti e il numero totale di interventi eseguiti.	Dà informazioni sull'efficacia ed efficienza del processo di stratificazione del rischio.
M32	PAZIENTE IN TIPO DA PACU-RR	$RR_{TIPO} = \frac{n \text{ pz da RR/PACU a TIPO}}{n \text{ totali accessi in RR}}$	Rapporto tra il numero di pazienti trasferiti in TIPO da PACU-RR rispetto al numero totale di pazienti con accessi a RR.	Dà informazioni sull'efficienza e efficacia della gestione del paziente in RR-PACU

Tempi Di Cura



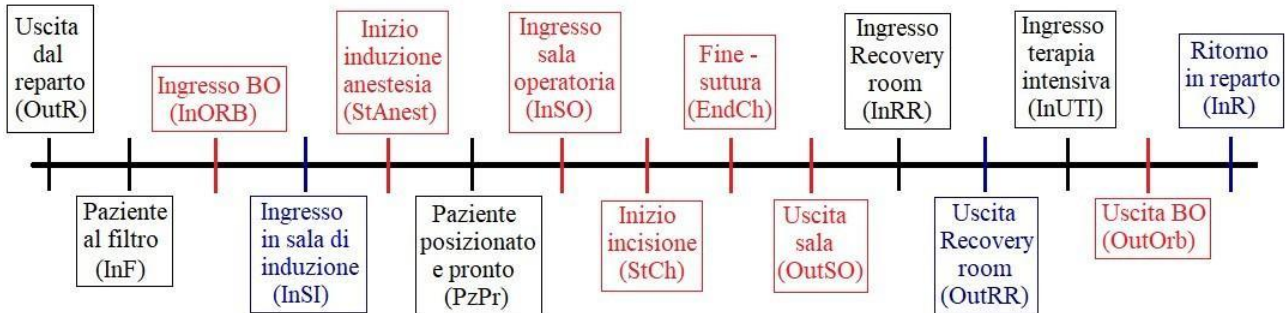
Tempi Della Fase Preoperatoria





DIREZIONE SANITARIA

Tempi Della Fase Intraoperatoria



Tempi Della Fase Postoperatoria



Gli indicatori rappresentati nella tabella sovrastante potranno essere rivisti alla luce dell'introduzione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero e potrà essere proposto un nuovo pannello di indicatori.

Il gruppo di lavoro per attuare tale verifica è composto da:

- Referente dei Servizi per l'Informatica
- Referente del Controllo di Gestione
- Ing. gestionale DMO

I dati dovranno essere condivisi con il Gruppo Strategico.

Gli indicatori previsti dal documento "Linee di indirizzo per la gestione delle liste d'attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione" vanno monitorati almeno semestralmente dai referenti Regionali per le liste d'attesa e trasmessi all'Osservatorio nazionale Liste d'attesa/SG-RIC con modalità e tempi che saranno definiti successivamente.

DIREZIONE SANITARIA

Monitoraggio dei tempi di attesa

Il monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa degli interventi chirurgici programmati verrà inviato mensilmente dal Controllo di Gestione alle Unità Operative interessate nell'ambito del monitoraggio degli obiettivi di budget.

Governo della Capacità Produttiva

La complessità organizzativa del processo peri-operatorio, che mette in relazione molteplici operatori e servizi della struttura sanitaria ed il suo impatto in termini economici, rende necessaria la chiara individuazione di una organizzazione e presa in carico del processo a livello della Direzione Aziendale, la definizione oggettiva dei flussi decisionali attraverso l'istituzione di Organi di Governo dedicati e l'individuazione delle figure professionali di riferimento al fine di garantire un governo centralizzato del processo che prenda in esame la Domanda di Lista di Attesa e la Capacità Produttiva.

Organizzazione Aziendale

La Direzione Aziendale, responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali e del rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in merito all'erogazione di prestazioni chirurgiche, valorizzando l'approccio per processi come sistema di razionalizzazione e governo, deve identificare una struttura chiara di responsabilità (Gruppo Strategico) all'interno dell'Azienda che a partire dal Responsabile Unico Aziendale (RUA) collabori per l'incremento della Capacità Produttiva.

All'interno di ogni azienda sanitaria è necessario siano identificati i seguenti livelli di governo del processo.

Gruppo Strategico

Costituito a livello aziendale, recepisce le indicazioni Regionali e gli obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale, formula la strategia chirurgica aziendale adeguandola all'organizzazione, ai suoi tempi di realizzazione e alle risorse disponibili.

Il gruppo deve interagire in maniera continuativa ed in tempi rapidi con la Direzione Aziendale in qualità di committente e con il Gruppo di Programmazione quale parte operativa per avere conoscenza dello stato dell'arte della parte attuativa delle strategie definite.

Il gruppo è composto da:

- **Direttore Sanitario,**
- **Referente Aziendale della cabina di regia regionale (RUA),**
- **Coordinatore Aziendale liste operatorie**
- **Direttori dei Dipartimenti chirurgici,**
- **Direzione delle Professioni Sanitarie,**
- **Referente del Controllo di Gestione,**
- **Referente per la misura della domande della Lista d'Attesa,**
- **Direttori Medici di Ospedale,**
- **Ing gestionale DMO.**

DIREZIONE SANITARIA

Gruppo di Programmazione ed Operativo

Il Gruppo di Programmazione ed Operativo ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dal Gruppo Strategico, di monitorare sulla gestione degli spazi operatori in termini logistici e di risorse umane sia per l'attività di elezione sia per l'attività di urgenza che programmata con responsabilità sul Presidio ospedaliero. E' un gruppo multiprofessionale costituito da figure esperte con competenze specifiche di tipo organizzativo e clinico del percorso chirurgico, capaci di sviluppare e proporre al Gruppo Strategico progetti di medio periodo dedicati al miglioramento dell'organizzazione dei processi di lavoro in sala operatoria.

Presso ciascun Ospedale il Gruppo di Programmazione ed operativo è composto da:

- **Direttore Medico,**
- **Coordinatore del blocco operatorio,**
- **Referente del Servizio Professioni Sanitarie,**
- **Direttore di Anestesia e Rianimazione,**
- **Referente anestesista per il blocco operatorio,**
- **Direttore del Dipartimento Chirurgico;**
- **Direttori delle UU.OO Chirurgiche.**

Tavolo di monitoraggio aziendale delle liste d'attesa

Il Tavolo di monitoraggio Aziendale è l'organo deputato al governo delle liste d'attesa finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il tavolo è presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto da:

- **Direttori Medici,**
- **Direttori di Distretto,**
- **Cup Manager,**
- **Referenti della specialità ambulatoriale,**
- **Rappresentante degli Specialisti Ambulatoriali Interni**
- **Rappresentanti delle Associazioni degli utenti,**
- **Rappresentanti delle Strutture Private Accreditate,**
- **Direttore della DAO (Direzione Amministrativa di Ospedale),**
- **Referente Aziendale della cabina di regia regionale (RUA).**

DIREZIONE SANITARIA

Classificazione degli interventi inseriti in lista operatoria

Presso ciascun Presidio Ospedaliero le Strutture Complesse Chirurgiche devono definire i criteri per la gestione delle liste operatorie. I criteri devono essere compilati secondo l'allegato 3 da ciascun Direttore di Specialità Chirurgica, aggiornando il documento precedentemente formalizzato, che successivamente li invierà al Direttore Medico di Ospedale.

Allegato 3 Criteri per la gestione delle liste operatorie

<i>Unità Operativa di:</i>	
----------------------------	--

Di seguito si riporta il numero e la denominazione delle liste d'attesa dell'U.O:
(va specificato se è presente una sola lista d'attesa nella propria U.O.).

.....

Precisare quali sono i criteri di suddivisione degli interventi nelle varie liste:
(se è presente una sola lista vanno specificati gli interventi più rappresentativi della propria U.O.);

.....

Precisare quali sono i criteri di suddivisione dei posti di sala operatoria partendo dalle liste d'attesa:

.....

Precisare quale è la modalità di manutenzione delle liste d'attesa:

.....

Precisare quale è la tracciabilità degli atti compiuti:

.....

Il presente documento viene redatto, verificato ed eventualmente revisionato dal Responsabile dell'UO quando vi sia la necessità di rivedere la procedura generale di gestione delle liste di attesa. Ogni revisione viene diffusa a tutti gli operatori dell'UO tramite comunicazione scritta e discussa in una riunione di reparto.

Questo Documento è stato revisionato il e approvato dal Direttore della UOC dr il Inviato alla Direzione dell'Ospedale il

Il responsabile della UOC di.....

DIREZIONE SANITARIA

Percorso del paziente chirurgico programmato

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico resta attenzionato in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. Dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ne hanno esacerbato la necessità di ricerca di appropriatezza e creazione di Value.

La continua crescita nella domanda di prestazioni chirurgiche legata a condizioni demografiche e l'incremento di innovazioni tecnologiche disponibili in chirurgia a fronte di una disponibilità di risorse non sempre adeguate al fabbisogno ed in rapido mutamento, rendono non più rinviabile un'efficiente gestione dell'intero percorso chirurgico al fine di contribuire alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario, alla sicurezza del paziente e degli operatori sanitari, ponendo attenzione all'equità di accesso alla cure per tutti i Cittadini. In tale ambito il Ministero della Salute ha predisposto le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", con Accordo n. 100/CSR del 9 luglio 2020, successivamente recepito con DGR n. 231 del 7 marzo 2023.

Il Manuale per la sicurezza in sala operatoria e raccomandazioni e check list, redatto dal ministero della Salute nel 2009, si pone come obiettivo il miglioramento della qualità e della sicurezza degli interventi chirurgici eseguiti attraverso la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori e di implementare degli standard di sicurezza tramite l'applicazione della check list.

In aggiunta in ambito chirurgico sono cresciuti vari modelli organizzativi chirurgici (week surgery, degenza chirurgica breve, day surgery e chirurgia ambulatoriale complessa) che coniugano la crescente capacità clinica di trattare e gestire interventi complessi con tecniche chirurgiche miniinvasive e supporti anestesilogici adeguati per contenere i tempi post-operatori, con la ricerca della maggiore flessibilità organizzativa per un utilizzo sempre più ottimale delle risorse di sala operatoria e dei posti letto.

Nella sua complessità risulta evidente un'alta variabilità di comportamenti relativi in particolare all'appropriatezza (prescrittiva e di trattamento). Per quanto riguarda il regime di ricovero ci si concentra sui pazienti definiti "outpatient": le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche.

DIREZIONE SANITARIA

Regolamenti di Sala Operatoria

Regolamento aziendale di Sala Operatoria

Il Regolamento ha lo scopo di identificare le regole di utilizzo delle risorse del Blocco Operatorio, al fine di garantire il migliore andamento delle attività di sala operatoria cercando di definire la modalità di gestione delle possibili evenienze che possono occorrere in un setting operativo di tale complessità.

E' stato predisposto il Regolamento aziendale di sala operatoria dal Gruppo Strategico condiviso con il Responsabile del Rischio Clinico.

Regolamenti locali di sala Operatoria

Vanno predisposti i Regolamenti locali di funzione dei blocchi operatori che devono tener conto dei criteri di specializzazione organizzativo-gestionale, descrittivi delle seguenti sezioni:

- funzionamento:
 - descrizione degli orari di inizio e fine attività di ogni blocco operatorio;
 - descrizione della modalità di pianificazione standard delle sale operatorie;
 - descrizione della modalità di gestione degli eventi imprevisti
- responsabilità:
 - presentazione degli organi di governo del processo;
 - descrizione della responsabilità di ogni attore ed organo decisionale coinvolto nel processo di programmazione e di gestione quotidiana;
- organizzazione del lavoro e gestione della lista operatoria:
 - modalità e criteri di costruzione e validazione della lista operatoria giornaliera;
 - modalità e criteri di costruzione e validazione della lista operatoria settimanale;
 - situazioni di prolungamento di sala (mattutina o pomeridiana), responsabilità e modalità di gestione;
 - modalità e criteri di gestione dei pazienti in urgenza/emergenza;
 - modalità e criteri di attivazione della équipe per le urgenze/emergenze in pronta disponibilità;
- monitoraggio:
 - modalità e criteri di monitoraggio della performance e del rispetto delle regole dell'organizzazione;
 - rivalutazione periodica di processo per il miglioramento (audit).

I Regolamenti locali di sala operatoria devono essere predisposti dal Gruppo di Programmazione ed Operativo di ciascun ospedale ed inviati al Responsabile del Rischio clinico per validazione. I Regolamenti vanno vigilati dal gruppo Strategico.

DIREZIONE SANITARIA

Pre-ricovero

In un'ottica di ottimizzazione del percorso, riduzione del disagio ed umanizzazione delle cure è auspicabile una presa in carico personalizzata del paziente per pianificare l'iter previsto, per l'inquadramento diagnostico in funzione dell'intervento chirurgico proposto.

La finalità del pre-ricovero non è di tipo diagnostico rispetto alla necessità dell'intervento chirurgico. Non rientrano quindi nel pre-ricovero le indagini o le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in lista d'attesa.

La vigilanza sul corretto rispetto delle indicazioni per la gestione del pre-ricovero è in capo a ciascun Direttore di UOC supervisionato dal Direttore di Dipartimento e dal Direttore Medico di Ospedale.

Programmazione del blocco operatorio

Lista operatoria settimanale

La lista operatoria settimanale deve essere inserita nel sistema informativo aziendale per la gestione delle liste d'attesa e deve giungere tempestivamente (è consigliato entro le ore 12.00 del mercoledì della settimana precedente come scadenza per l'invio e la valutazione) alle figure coinvolte nel processo, per essere verificata dal Gruppo di Operativo di ciascun Ospedale in termini di integrità e rispetto delle indicazioni interne, con anticipo sufficiente a mettere in atto eventuali correzioni.

Al Gruppo di Programmazione e Operativo vanno comunicate con un anticipo minimo di 7 giorni le sedute operatorie non utilizzate, in modo da destinare ad altre Strutture Chirurgiche sulla base delle esigenze di Lista d'attesa o di necessità contingenti.

Il venerdì entro le ore 16 le liste definitive vengono pubblicate ed inviate dal Gruppo di Programmazione e Operativo ai Direttori delle varie Strutture Chirurgiche e agli altri coordinatori di pertinenza

La proposta di programmazione settimanale viene prodotta prelevando dalla lista d'attesa informatizzata i pazienti che sono risultati idonei a seguito del pre-ricovero. La risposta di programmazione settimanale, redatta dal Referente di programmazione chirurgica dell'Unità Operativa deve essere redatta in funzione di:

- rispetto dei tempi di utilizzo delle sale operatorie assegnate;
- ottimizzazione in relazione all'organizzazione dell'iter pre-operatorio e delle degenze.

La nota operatoria informatizzata deve essere corredata dalle seguenti informazioni:

- Sala operatoria
- Dati identificativi paziente
- Peso e altezza
- Patologia e tipo intervento
- Ora inizio intervento
- Durata prevista (da incisione a fine sutura)
- Equipe operatoria

DIREZIONE SANITARIA

- Tipo anestesia pianificata
- Lato intervento
- Posizionamento
- Necessità emocomponenti
- Eventuali allergie
- Profilassi antibiotica
- Patologie infettive trasmissibili per via ematica-aerea-contatto (va concordato con la Terapia Intensiva la disponibilità di accoglimento)
- Necessità di Terapia Intensiva
- Necessità di T.I.P.O. (terapia intensiva post operatoria)
- Classificazione igienico-sanitaria dell'intervento
- Presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare
- Disponibilità di personale tecnico necessario alla effettuazione dell'intervento.

Ciascun Direttore di specialità chirurgica deve nominare il Referente di programmazione chirurgica dell'Unità Operativa e comunicare il nominativo al Gruppo di Programmazione di ciascun Ospedale.

DIREZIONE SANITARIA

Nota operatoria giornaliera

La nota operatoria giornaliera è lo strumento fondamentale di programmazione delle sale operatorie e deriva direttamente dalla nota operatoria settimanale. Deve essere redatta e confermata sul sistema informativo aziendale e inviata al Gruppo di Programmazione e Operativo almeno il giorno precedente, entro le ore 12 o comunque in tempo tale affinché l'organizzazione possa lavorare sulla preparazione delle attività di sala in tempi adeguati.

La nota operatoria informatizzata deve essere corredata delle seguenti informazioni:

- Dati anagrafici paziente
- Durata intervento chirurgico
- Tipologia di intervento e lateralità
- Segnalazione allergie
- Richiesta trasferimento in Terapia Intensiva o T.I.P.O.
- Richiesta attrezzature/strumentazioni di sala differenti dal setting standard
- Consumi per paziente almeno dei materiali di alto costo
- Impiego della sala robotica
- Indicazione del primo operatore
- Tipo di anestesia prevista
- Posizionamento paziente

Valgono le medesime indicazioni della nota operatoria settimanale.

DIREZIONE SANITARIA

Mappatura del Processo chirurgico nel Blocco Operatorio

A livello aziendale vanno raccolte metriche uniformi del percorso chirurgico del paziente. Primo step del processo di monitoraggio è l'informatizzazione del registro operatorio per la rendicontazione in tempo reale della produzione eseguita all'interno della sala operatoria. A questo livello coincide l'utilità di censire le strutture fisiche (Blocco Operatoria, sala operatoria) in cui si eseguono le prestazioni chirurgiche. Elemento base per stimare la capacità produttiva teorica. Condizione necessaria per realizzare tale mappatura è correlata alla compilazione di tutti i campi previsti nel gestionale di sala operatoria.

A titolo di esempio si riporta la tabella sottostante con gli indicatori da sottoporre a monitoraggio, anche se in fase iniziale ci si concentrerà solo sui campi obbligatori e/o consentiti nella procedura informatizzata in fase di implementazione.

Gli indicatori rappresentati nella tabella sottostante sono obbligatori nella compilazione del sistema informativo aziendale e sono stati definiti univocamente a livello aziendale e formalizzati con nota prot. n. 85401 del 12 Agosto 2022. Questi potranno essere rivisti alla luce dell'introduzione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero e potrà essere proposto un nuovo pannello di indicatori.

Il gruppo di lavoro per il monitoraggio è costituito da:

- **Referente Aziendale della cabina di regia regionale (RUA),**
- **Coordinatore Aziendale liste operatorie**
- **Referente dei Servizi per l'informatica,**
- **Referente del Controllo di Gestione,**
- **Dirigente Medico di Direzione Medica di Ospedale,**
- **Ingegnere gestionale DMO**

DIREZIONE SANITARIA

TEMPO	SIGNIFICATO
Arrivo in BO	Il paziente entra in blocco operatorio
Preparazione	L'infermiere di anestesia effettua la presa in carico con l'identificazione del paziente (check list) e inizia la preparazione con via venosa, monitoraggio etc ed eventuale premedicazione
Inizio anestesia	Induzione dell'anestesia generale o anestesia locoregionale o sedazione profonda da parte dell'anestesista o anestesia locale da parte di altro specialista
Ingresso in sala	Il paziente entra in sala operatoria (non in pre-sala)
Preparazione chirurgica	Il chirurgo, in collaborazione con lo strumentista, inizia la preparazione del campo chirurgico («spennello»)
Incisione	Inizio incisione chirurgica
Sutura	Fine sutura chirurgica
Fine intervento	Il chirurgo/strumentista/infermiere di sala, <i>termina</i> le medicazioni, bendaggi, gessi, o quant'altro necessario per la conclusione dell'intervento chirurgico stesso
Fine anestesia	Recupero autonomia respiratoria dopo estubazione. Se intervento in anestesia locoregionale, fine intervento e fine anestesia coincidono; se il paziente viene trasferito in TIPO o Rianimazione, fine anestesia coincide con il rientro dell'anestesista in sala
Uscita da sala	Il paziente esce dalla sala operatoria
Uscita da blocco	Il paziente esce dal blocco operatorio con la presa in carico dell'infermiere di reparto. Quando il paziente viene trasferito in TIPO o in Rianimazione ancora in anestesia generale, uscita da sala e uscita da blocco coincidono

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

DIPARTIMENTO
EMERGENZA, URGENZA E CURE INTENSIVE

PROCEDURA
Regolamento aziendale di blocco
operatorio
Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	DMO-REG-029
Preparazione	Coordinatore GdL Dott. Vinicio Danzi F.to.
Verifica	Responsabile Qualità Dott. Marcello Mezzasalma F.to.
Approvazione	Direttore Sanitario Dott. ssa Emanuela Zilli F.to.
Rev.	Data 14/06/2024
Riconferma	Direzione Medica – Rischio Clinico Dott.ssa Sara Mondino F.to. Data 14/06/2024

Sommario

1.PREMESSA.....	3
2.SCOPO.....	3
3.CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI.....	4
4.GRUPPO DI LAVORO.....	4
5.GLOSSARIO E ACRONIMI.....	5
6. DESCRIZIONE DELL'AMBITO/I DI ATTIVITÀ OGGETTO DELLA REGOLAMENTAZIONE E RESPONSABILITÀ.....	6
Art.1 Governance del percorso del paziente chirurgico.....	6
Art. 2 Composizione del Personale afferente al Blocco Operatorio.....	7
Art. 3 Orario di Attività.....	7
Art. 4 Piano di lavoro del personale afferente al Blocco Operatorio.....	8
Art.5 Tecnologie, Materiali e Spazi.....	8
Art. 6 Gestione della sanificazione ambientale.....	8
Art. 7 Gestione della sterilizzazione e strumentario chirurgico.....	9
Art. 8 Registrazione nel gestionale di sala operatoria.....	9
Art.9 Attività programmata.....	10
Art.10 Attività in emergenza Urgenza.....	15
Art. 11 Misure comportamentali nel blocco operatorio.....	15
Art 12.Qualità e sicurezza degli interventi chirurgici.....	16
Art 13.Rispetto del regolamento.....	17
8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI, NORMATIVI E SITOGRAFIA.....	18

1.PREMESSA

La corretta gestione dei Blocchi Operatori riveste un'importanza cruciale al fine di rendere ottimale la performance globale dell'iter del paziente chirurgico, sia dal punto di vista del percorso di cura che del controllo dei costi. La gestione della risorsa "sala operatoria", infatti, risulta tra le più rilevanti voci di spesa di ciascuna azienda sanitaria.

Con il "Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati e della chirurgia ambulatoriale complessa" l'Azienda ULSS 8 Berica ha definito le modalità di applicazione delle misure previste dal Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini e contestualmente favorire un utilizzo efficiente delle risorse impiegate dal SSN nel percorso chirurgico peri-operatorio per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Tra i punti previsti dal Piano operativo Aziendale vi è la definizione di un Regolamento di Sala Operatoria, quale strumento di disciplina sullo svolgimento delle attività chirurgiche nei Blocchi Operatori dell'Azienda ULSS 8 Berica. Tale adempimento è in linea con quanto previsto dalle Linee di Indirizzo per il Governo del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato, approvate dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (2020).

Il Regolamento aziendale viene emanato e vigilato dalla Direzione Sanitaria in collaborazione con il Gruppo Strategico. Il documento andrà successivamente declinato nel contesto di ciascun presidio ospedaliero da parte del Gruppo di Programmazione, in collaborazione con il Gruppo Operativo.

2.SCOPO

Scopo del seguente documento è identificare e uniformare le regole di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio, al fine di garantire il migliore andamento delle attività di sala operatoria e definire la modalità di gestione delle casistiche che possono occorrere in un setting operativo di tale complessità e disciplinare:

- i tempi e le modalità di presentazione della programmazione mensile, settimanale e giornaliera (lista operatoria) dell'attività di sala operatoria;
- l'elaborazione di liste operatorie adeguate alla disponibilità di risorse umane e materiali, nonché congruenti con l'orario prestabilito di attività;
- l'impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche assegnate ai Blocchi Operatori;
- la gestione ottimizzata delle sedute operatorie;

individuare:

- i ruoli di coordinamento clinico-organizzativo nella gestione ordinaria delle attività chirurgiche e nella gestione degli eventi straordinari;

definire:

- le modalità di accesso alle sale operatorie in regime di emergenza ed urgenza.

Tali regole consentono di favorire l'integrazione e la condivisione delle risorse tra i singoli Ospedali in un'ottica aziendale di programmazione che consenta una maggior flessibilità nella risposta ai bisogni di cura.

3.CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il regolamento si riferisce alla gestione del programma operatorio delle strutture dell'Azienda ed è quindi esteso a tutti i Gruppi Operatori e a tutte le Unità Operative delle strutture ospedaliere.

Il seguente documento è applicato da medici, infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, ostetriche, operatori socio-sanitari ed altro personale coinvolto nelle attività elettive ed in urgenza nei Blocchi Operatori, nonché da qualsiasi altra figura professionale che acceda ai comparti operatori previa autorizzazione, ivi comprese quelle riferite ai percorsi di studi di medici in formazione specialistica, tirocinanti e frequentatori.

Questo Regolamento trova applicazione nella pianificazione, coordinamento, gestione e controllo delle attività organizzative, cliniche, infermieristiche e alberghiere dei Blocchi Operatori nonché dei processi di miglioramento continuo del servizio fornito agli Utenti.

4.GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Ruolo	Figura professionale	U.O Afferenza
Vinicio Danzi	Coordinatore GdL	Direttore	Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive
Silvio Marafon	Componente GdL	Direttore	UOC Anestesia e Rianimazione Arzignano
Sara Mondino	Componente GdL	Direttore	UOC Direzione Medica 2 Vicenza e UOS Rischio Clinico
Cristiano Finco	Componente GdL	Direttore	Dipartimento Strutturale area Chirurgica
Francesco Caprioglio	Componente GdL	Direttore	Dipartimento Strutturale Cardio- Vascolare
Roberto Saetti	Componente GdL	Direttore	Dipartimento Strutturale Chirurgie Specialistiche
Giuseppe Inannucci	Componente GdL	Direttore	Dipartimento Strutturale Neuro- Scienze
Massimo Bellettato	Componente GdL	Direttore	Dipartimento Strutturale Materno Infantile
Giuseppe Aprile	Componente GdL	Direttore	Dipartimento Strutturale Oncologia Clinica
Ernesto Zanetel	Componente GdL	Dirigente medico	UOC Direzione medica Arzignano Montecchio
Erica Paulini	Componente GdL	Ingegnere Gestionale	UOC Direzione Medica 2 Vicenza
Davide Perpentì	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	UOS Rischio Clinico
Andrea Marchesin	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Centralizzato Vicenza
Lorenzo Musella	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Centralizzato Vicenza
Mirco Carraro	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Ortopedia

Laura Zaghis	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Cardiochirurgia
Carlo De Cao	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Centralizzato Arzignano e Montecchio Maggiore
Stefania Santolin	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Valdagno
Simone Stefanello	Componente GdL	Infermiere Coordinatore	Gruppo Operatorio Noventa Vicentina
Fabio Vicariotto	Componente GdL	Direttore f.f.	UOC Professioni Sanitarie

5.GLOSSARIO E ACRONIMI

Glossario	Definizione
Product Specialist	Professionista che opera per conto di imprese produttrici e distributrici di dispositivi medici, che fornisce supporto tecnico applicativo al chirurgo in sala operatoria garantendo l'utilizzo ottimale delle apparecchiature e dei dispositivi medici forniti dall'azienda per cui lavora
Acronimi	
GSRC	Gestione Sistema Rischio Clinico (portale regionale sinistri e Incident Reporting)
PNGLA	Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa
UO	Unità Operativa
IO	Istruzione Operativa
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
SO	Sala Operatoria
SPS	Servizio delle Professioni Sanitarie
MdG	Medico di Guardia
MET	Medical Emergency Team
TIPO	Terapia Intensiva Post-Operatoria
CCI	Coordinatore Clinico Infermieristico Gruppo operatorio

RAE	Responsabile Gestione attività chirurgica elettiva
RAU	Responsabile Gestione attività Urgenza/Emergenza
GO	Gruppo operatorio

6. DESCRIZIONE DELL'AMBITO/I DI ATTIVITÀ OGGETTO DELLA REGOLAMENTAZIONE E RESPONSABILITÀ

Art.1 Governance del percorso del paziente chirurgico

Il governo del paziente chirurgico mette in relazione molteplici operatori e servizi della struttura sanitaria, rendendo necessaria la definizione oggettiva dei flussi decisionali attraverso l'individuazione di una struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo del processo. Tale struttura, che comprende le funzioni ed i professionisti che prendono parte in modo attivo al processo, è dettagliata dalle "Linee di Indirizzo per il Governo del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato", e viene di seguito esplicitata.

Art 1.1 Direzione Aziendale: Direttore Sanitario, quale riferimento e guida di tutte e fasi del processo;

Art 1.2 Gruppo Strategico:

Funzione:

Garantisce che siano accolte le indicazioni nazionali, regionali e della Direzione Aziendale, contestualizzandole alla presente realtà organizzativa, stabilisce i tempi di attuazione, controlla le risorse e gli investimenti necessari in un'ottica aziendale di condivisione e integrazione tra i singoli Ospedali.

Composizione: vedi Piano operativo Aziendale.

Mandati:

- definizione delle strategie operative
- verifica e valutazione dei dati relativi al rispetto del Regolamento Aziendale per l'utilizzo delle sale operatorie
- verifica e valutazione dei dati ricevuti sull'effettivo utilizzo delle sale operatorie (indici di performance derivanti da macro-indicatori (rif. Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati, per la corretta tenuta delle agende di prenotazione e percorso chirurgico)
- correlazione dell'attività chirurgica con le liste di attesa e/o specifiche tipologie di paziente e assegnazione del numero di sale operatorie per singola specialità chirurgica valutando le disponibilità dei vari blocchi operatori
- correlazione dell'attività con le risorse disponibili
- implementazione della sicurezza dei Pazienti e degli Operatori.
- programmazione della formazione del Personale delle sale operatorie

Il Gruppo Strategico si riunisce quando necessario per analisi e risoluzione di situazioni e conflitti di particolare criticità

Art.1.3 Gruppo di Programmazione e Operativo:

Funzione:

Trasforma le indicazioni ricevute dal Gruppo Strategico in modalità di pianificazione dell'attività chirurgica, coordinando e interagendo con i Servizi necessari, programmando l'intero percorso chirurgico del paziente dal momento di presa in carico fino alla dimissione (rif. Tempi di cura- Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati, per la corretta tenuta delle agende di prenotazione e percorso chirurgico). Rende operativa ed assicura la continuità delle attività chirurgiche ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili e risolvendo le problematiche giornaliere.

Composizione: vedi Piano operativo Aziendale

Mandati:

- separazione dei flussi chirurgici
- pianificazione e programmazione mensile delle attività chirurgiche secondo le priorità di smaltimento delle liste di attesa e/o specifiche tipologie di Paziente
- costante collegamento e collaborazione con Direttori o loro delegati e Coordinatori delle varie Strutture Chirurgiche
- raccolta e analisi dati di monitoraggio delle attività di programmazione
- vigilanza sul rispetto giornaliero del Regolamento Aziendale per l'utilizzo delle sale operatorie
- controllo e validazione delle liste operatorie settimanali e giornaliere
- verifica della disponibilità di posti letto in ambiente intensivo
- ottimizzazione dell'impiego di personale, materiali e apparecchiature biomediche
- gestione tempestiva di problemi contingenti
- verifica e supervisione dei percorsi proposti per la sicurezza dei pazienti e del personale
- raccolta e analisi dei dati di monitoraggio complessivi del funzionamento delle sale operatorie e formulazione di una relazione finale da inviare al Gruppo Strategico

Il Gruppo di Programmazione e Operativo si riunisce per discutere i dati di monitoraggio parziali sulla programmazione delle attività chirurgiche e sul funzionamento delle sale operatorie, avanzando insieme ipotesi e prime soluzioni di problematiche contingenti.

Art. 2 Composizione del Personale afferente al Blocco Operatorio

La dotazione organica non medica dei Blocchi Operatori contempla personale dedicato al servizio, che è incardinato all' unità operativa di Anestesia e Rianimazione o, in alcuni casi, può far parte della U.O. di specialità della quale si occupa in modo esclusivo (es. personale ostetrico o infermieristico dedicato, oculistica).

Il personale medico chirurgo fa capo ai Dipartimenti chirurgici di ciascun Ospedale, mentre il personale medico anestesista all'U.O. Anestesia e Rianimazione.

Presso ciascun Blocco Operatorio deve essere presente l'organigramma ed il funzionigramma.

Art. 3 Orario di Attività

Va stabilito l'orario di apertura e di chiusura del Blocco Operatorio/Sale Operatorie per lo svolgimento dell'attività programmata dal lunedì al venerdì e l'eventuale apertura il sabato. Ciò è necessario al fine di pianificare la lista operatoria e definire chiaramente sia l'orario di ingresso dei primi pazienti che di uscita dell'ultimo paziente dal blocco operatorio.

Nel caso in cui una Sala Operatoria termini la propria attività elettiva in anticipo rispetto al programma originale, l'Anestesista è responsabile della comunicazione di disponibilità della Sala al RAE, ove previsto, in assenza di questi al MDG Anestesia Urgenze, per allocare eventuali interventi di altre Specialità compatibili.

Allo stesso modo il Personale di Sala è obbligato a comunicare la stessa informazione al proprio Coordinatore e in sua assenza con il Nurse di Anestesia.

Art. 4 Piano di lavoro del personale afferente al Blocco Operatorio

Deve essere definito l'orario di arrivo nel blocco operatorio delle risorse assegnate (orario di inizio attività: medici, infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, ostetriche, operatori socio-sanitari ed altro personale coinvolto nelle attività elettive e in urgenza nei Blocchi Operatori) e la modalità di attivazione della pronta disponibilità.

Si definisce **Personale Jolly**, il Nurse e l'OSS in servizio presso Sale Operatorie con interventi di durata media superiore ai 180 minuti e procedura in corso esente da problematiche clinico-organizzative urgenti.

Questo Personale, nelle fasi della procedura in cui è richiesto il solo monitoraggio clinico, ne lascia la supervisione all'Anestesista conduttore della propria Sala Operatoria e coopera nei momenti di necessità con il Personale di sale adiacenti impegnato in attività ad alto flusso/intensità: elevato numero di interventi con numerosi cambi di Paziente, o sale in cui è richiesto maggior supporto. L'attività del Personale Jolly è di supporto nelle fasi di accettazione e dimissione del Paziente e in quelle di riordino/ripristino della Sala Operatoria Il Nurse con attività Jolly deve essere dotato di telefono portatile per comunicare prontamente con il proprio Anestesista in modo di rientrare nella propria Sala di destinazione principale ogni qualvolta sia necessario. Le difficoltà di varia natura che impediscano l'attività Jolly in maniera continua vanno comunicate al CCI e al RAE ove previsto per la ricerca di soluzioni organizzative alternative. Inoltre verrà predisposto, quando possibile, la presenza di una Equipe ausiliaria (OSS e Nurse) al mattino, per garantire un supporto nelle fasi critiche di cambio Paziente nelle Sale Operatorie ad alto turn over in particolare per le sedute con Paziente pediatrico. Queste figure garantiscono anche la continuità assistenziale in caso di carenza contingente di Personale, ad esempio per malattia.

Art.5 Tecnologie, Materiali e Spazi

Ai fini del mantenimento in sicurezza ed efficienza del parco tecnologico e per minimizzare i rischi possibili per i Pazienti, si indicano di seguito alcune azioni importanti che devono essere messe in atto all'interno dei Blocchi Operatori: ogni giorno, prima dell'inizio attività, il Personale verifica secondo Check List i dispositivi presenti e necessari per l'intervento.

Le anomalie eventualmente riscontrate vanno segnalate al CCI di pertinenza per l'attivazione della richiesta di manutenzione/intervento da parte del S.S. Ingegneria Clinica.

Ogni giorno, prima della chiusura della Sala, il Personale verifica il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature elettromedicali impiegate. Le anomalie eventualmente riscontrate vanno segnalate al CCI di pertinenza per l'attivazione della richiesta di manutenzione/intervento da parte del S.S. Ingegneria Clinica.

- Gli interventi di manutenzione programmata/riparazione vanno eseguiti nei momenti in cui la Sala Operatoria non è attiva, se non possibile la sostituzione con Back Up.
- Il piano annuale delle manutenzioni e delle verifiche predisposto dal S.S. Ingegneria Clinica deve essere condiviso in tempo utile con i Direttori (o loro Delegato) delle varie Unità Operative per consentire un'adeguata programmazione mensile delle attività e l'ottimizzazione delle liste operatorie settimanali.
- E' consentito l'uso dei soli sistemi medicali e non, compresi quelli in prova, che abbiano ricevuto l'approvazione dal S.S. Ingegneria Clinica
- Le apparecchiature devono essere impiegate secondo le modalità e limiti previsti dal costruttore e contenuti nel manuale di utilizzazione
- Il Personale che chiude la SO deve considerarsi responsabile di anomalie non segnalate.

Art. 6 Gestione della sanificazione ambientale

Devono essere previste le modalità di gestione della sanificazione ambientale, sia tra un intervento e l'altro, sia a fine utilizzo della sala operatoria. In particolare, vanno esplicitate le modalità per la sanificazione ambientale in seguito ad uso della sala operatoria per pazienti con malattie infettive diffuse e per pazienti con positività a microrganismi "alert" o "sentinella".

Vanno esplicitate le modalità di gestione delle sale in caso di pazienti con documentata/confermata allergia al lattice secondo procedure operative condivise tra operatori sanitari e personale afferente alle sale stesse.

Art. 7 Gestione della sterilizzazione e strumentario chirurgico

Devono essere esplicitate le modalità di sterilizzazione e gestione dello strumentario chirurgico, incluso lo strumentario in comodato d'uso.

Art. 8 Registrazione nel gestionale di sala operatoria

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

In considerazione degli indicatori esplicitati nel "Piano operativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati e della chirurgia ambulatoriale complessa", in tabella 1 vengono riportati i tempi chirurgici di cui è **obbligatoria** la rilevazione.

Tabella 1. Eventi del percorso chirurgico di cui è obbligatoria la rilevazione

n	Eventi da rilevare	Acronimo	Definizione della misura	Tipologia	Responsabile suggerito
1	Ingresso al blocco operatorio	InORB	Il Paziente arriva In GO	Logistica/ Rischio clinico	Infermiere
2	Preparazione	InSI	L'infermiere di anestesia effettua la presa in carico con l'identificazione del paziente (check list) e inizia la preparazione con via venosa, monitoraggio etc ed eventuale premedicazione	Clinica	Infermiere
3	Inizio anestesia	StAnest	Induzione dell'anestesia generale o anestesia locoregionale o sedazione profonda da parte dell'anestesista o anestesia locale da parte di altro specialista	Clinica	Infermiere
4	Ingresso in sala operatoria	inSO	Paziente entra in sala operatoria(non in pre-sala)	Logistica	Infermiere
5	Preparazione chirurgica	PzPr	Il chirurgo, in collaborazione con lo strumentista, inizia la preparazione del campo chirurgico ("spennello")	Clinica	Infermiere
6	Incisione	StCh	Inizio incisione chirurgica	Clinica	Infermiere
7	Sutura	EndCh	Fine sutura chirurgica	Clinica	Infermiere
8	Fine intervento		Il chirurgo/strumentista/infermiere di sala termina le medicazioni, bendaggi, gessi, o quant'altro necessario per	Clinica	Infermiere

			la conclusione dell'intervento chirurgico stesso		
9	Fine anestesia		Recupero autonomia respiratoria dopo estubazione. Se intervento in anestesia locoregionale, fine intervento e fine anestesia coincidono; se il paziente viene trasferito in TIPO o Rianimazione, fine anestesia coincide con il rientro dell'anestesista in sala		
10	Uscita da sala	OutSO	Il paziente esce dalla sala operatoria	Logistica	Infermiere
11	Uscita da blocco	OutOrb	Il paziente esce dal blocco operatorio con la presa in carico dell'infermiere di reparto. Quando il paziente viene trasferito in TIPO o in Rianimazione ancora in anestesia generale, uscita da sala e uscita da blocco coincidono	Logistica	Infermiere

Tali tempi sono stati definiti come standard e condivisi aziendali con nota prot. 85401 del 12 Agosto 2022.

Si evidenzia come la registrazione corretta e completa dei dati sia fondamentale al fine di tracciare correttamente il percorso chirurgico all'interno del blocco operatorio.

La registrazione di tali tempi avviene, ove prevista l'installazione, attraverso il sistema automatico **Tap My Life** che consente la rilevazione automatica del transito del paziente

Art.9 Attività programmata

Art.9.1 Programmazione delle sedute operatorie

Programmazione annuale

Ogni anno il Gruppo Strategico, sulla base di:

- analisi dei dati relativi all'attività di programmazione e utilizzo delle sale operatorie (macro-indicatori)
- analisi del rapporto volume di attività- qualità del servizio e sicurezza dei pazienti e degli operatori
- analisi delle liste d'attesa e di specifiche tipologie di pazienti
- analisi disponibilità di risorse/personale
- pianificazione delle ferie (personale medico e comparto)
- identificazione del numero minimo e massimo di personale necessario nel periodo invernale (1 ottobre - 31 maggio) ed estivo (1 giugno-30 settembre)
- valutazione della distribuzione annuale delle festività infra-settimanali
- indisponibilità programmata di sale per manutenzione
- nuove direttive Aziendali

elabora i principi di programmazione annuale del numero di sale operatorie settimanali per singola Specialità Chirurgica sia nel periodo invernale che in quello estivo.

Programmazione mensile

Il Gruppo di Programmazione e Operativo recepisce le indicazioni del Gruppo Strategico e valuta eventuali variazioni di attività legate a situazioni contingenti.

Art.9.2 Pianificazione della lista operatoria elettiva

Dovrà essere prodotta una **lista operatoria settimanale**, utilizzando il sistema informativo aziendale, da parte del Direttore della Struttura Complessa di Specialità Chirurgica o suo delegato che verrà trasmessa il mercoledì della settimana in corso per la settimana successiva al Gruppo Operativo del Blocco e a tutti i soggetti coinvolti nel processo di esecuzione del ricovero con intervento elettivo (quali Direttori e Coordinatori delle UU.OO. Chirurgiche e Direttore di Anestesia e Rianimazione) e alla Direzione Medica di Ospedale.

La lista viene discussa settimanalmente con i Direttori delle varie Strutture Chirurgiche o loro delegati evidenziando le criticità presenti e ricercando collegialmente la soluzione più idonea. In quest'ambito vengono valutate eventuali modifiche delle sedute operatorie (giornata- ordine degli interventi) e/o compensazioni di attività laddove necessario. In questa sede vanno comunicate con un anticipo minimo di 7 giorni le sedute operatorie non utilizzate, in modo da destinare ad altre Strutture Chirurgiche sulla base delle esigenze di Lista d'attesa o di necessità contingenti. In quest'ambito vengono valutate eventuali modifiche delle sedute operatorie (giornata- ordine degli interventi) e/o compensazioni di attività laddove necessario

La **lista operatoria giornaliera**, redatta e firmata dal Direttore della Struttura Complessa di Specialità Chirurgica o suo delegato, deve essere inviata, completa in tutte le sue parti, entro le ore 12.00 del giorno precedente, al Coordinatore infermieristico del blocco operatorio, al Responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione, alla U.O. afferente, alla Direzione Medica Ospedaliera e ai servizi utili interessati, in base all'organizzazione interna (es. Farmacia, Servizio di sterilizzazione interno, ecc).

La lista operatoria giornaliera deve contenere e confermare i dati della nota operatoria settimanale precedente con l'aggiunta di ev. informazioni utili a livello operativo; eventuali modifiche devono essere segnalate ai medesimi destinatari, in particolare se riguardano interventi per i quali sono state messe in campo organizzazioni di rilievo, con interesse di risorse umane e materiali da ricontestualizzare il prima possibile.

In tabella 2 vengono sintetizzate le specifiche della programmazione operatoria.

L'invio delle liste operatorie in tempi definiti permette le opportune verifiche finali di congruità della lista proposta con gli slot operatori assegnati, le risorse umane e lo strumentario disponibile. Eventuali modifiche o spostamenti verranno discussi e concordati dal Gruppo con i referenti delle specialità chirurgiche in modo da consentire la validazione definitiva della lista operatoria entro le ore 16 del giorno feriale precedente.

Nel caso di modifiche alla lista operatoria il Direttore di Struttura Complessa (o un suo delegato) deve comunicare tempestivamente la variazione alle figure professionali coinvolte e inviare nuovamente la lista operatoria ai medesimi destinatari indicati in tabella 2.

Nel caso di modifiche alla lista operatoria il Direttore di Struttura Complessa (o un suo delegato) deve comunicare tempestivamente la variazione alle figure professionali coinvolte e inviare nuovamente la lista operatoria ai medesimi destinatari indicati in tabella 2.

Tabella 2. Specifiche della programmazione operatoria

	Programmazione Annuale	Programmazione Mensile	Lista settimanale	Lista giornaliera
Chi la predispose	Responsabile medico per il blocco operatorio	Responsabile medico per il blocco operatorio	Direttore di U.O. o suo delegato	Direttore di U.O. o suo delegato
Scadenza	Programmazione invernale 1 ottobre Programmazione estiva 1 giugno	L'ultimo mercoledì del mese	Entro il mercoledì della settimana in corso per la settimana successiva	Entro le ore 12.00 del giorno feriale precedente
A chi si invia	Gruppo di Programmazione Direttori delle UU.OO. Chirurgiche	Gruppo di Programmazione Direttori delle UU.OO. Chirurgiche	Gruppo operativo Responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione Direttore e coordinatore UU.OO. coinvolte altri servizi utili interessati, in base all'organizzazione interna Direzione Medica Ospedaliera	Gruppo operativo Responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione Direttore e coordinatore UU.OO. coinvolte altri servizi utili interessati, in base all'organizzazione interna Direzione Medica Ospedaliera
Note	ogni variazione va tempestivamente comunicata ai medesimi destinatari			

Art.9.3 Criteri clinici ed organizzativi per la redazione della lista operatoria elettiva

Gli interventi si suddividono per durata (da ingresso SO a uscita SO) in:

- minore: fino a 90 min.
- medio: fino a 180 min.
- maggiore: oltre i 180 min.

Nella redazione della lista operatoria giornaliera si dovrà tenere conto di:

- interventi in regime di Day-Surgery per permettere la dimissione del paziente entro le ore 18.00;
- i casi di maggiore impegno, intesi con tempo totale previsto (preparazione, tempo chirurgico e uscita sala operatoria), vanno di norma inseriti ad inizio seduta, seguono in ordine: intervento maggiore-medio-minore;

- l'intervento maggiore, in assenza di Day-Surgery, può essere preceduto da intervento minore o in anestesia locale, nel caso si preveda una lunga preparazione;
- gli interventi in anestesia locale con o senza blanda sedazione vanno inseriti come primi nel caso di cui sopra, oppure diversamente a fine lista, per permettere una più efficace gestione di eventuali sforamenti di sala operatoria.
- i casi che non possono essere sospesi, quali pazienti che sono già stati oggetto di sospensione, vanno di norma inseriti all'inizio seduta o comunque non vanno a fine seduta;
 - i casi con infezione trasmissibile per via aerea, o portatori di germi multiresistenti, ove noto, vanno inseriti a fine seduta;
 - i pazienti con allergia al lattice seguono quanto previsto dalla specifica procedura aziendale (e inseriti a inizio seduta);
 - i primi tre pazienti nella lista operatorio devono mantenere, ove possibile, la loro posizione in lista per garantire la fornitura del materiale previsto.

Art.9.4 Campi della lista operatoria elettiva

La programmazione delle sedute operatorie settimanali e giornaliere (Nota o Lista Operatoria) deve avere i campi minimi esplicitati in tabella 3.

Vanno inoltre riportate tutte le informazioni che si ritengono opportune per garantire la sicurezza del paziente.

Tabella 3. Campi minimi delle note operatorie settimanali e giornaliere

	Nota operatoria settimanale	Nota operatoria giornaliera
Periodo temporale/ Data di riferimento	X	X
Sala operatoria (specialità e camera operatoria designata)	X	X
Reparto di provenienza e di destinazione (se diverso)		X
Dati identificativi del paziente (es. nome e cognome, data di nascita, peso e altezza)	X	X
Patologia	X	X
Tipo di procedura chirurgica- intervento combinato con altra Specialità Chirurgica	X	X
Tecnica di procedura	X	X
Necessità di strumentazione/apparecchiature condivise con altre Strutture Chirurgiche	X	X
tipo intervento previsto	X	X
lateralità se necessaria	X	X
Posizione del paziente sul tavolo operatorio	X	X
ora prevista di inizio dell'intervento o posizione prioritaria rispetto agli altri pazienti	X	X

durata prevista (da incisione a fine sutura)	X	X
equipe operatoria		X
indicazione del primo operatore		X
tipo di anestesia pianificata in funzione della valutazione pre-operatoria e ASA score	X	X
eventuale necessità di emocomponenti e/o emoderivati, di tessuti (banca dei tessuti, banca degli occhi), di utilizzo di fluoroscopio o particolari attrezzature (lettino angiografico, arco a C etc.),	X	X
eventuali allergie del paziente (farmaci, lattice, nichel etc)	X	X
necessità di Recovery room/Terapia Intensiva dopo l'intervento chirurgico	X	X
classificazione igienico-sanitaria dell'intervento infezioni potenziali (es. MDRO, SARS-CoV-2, ecc)	X	
presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare	X	
richiesta attrezzature/strumentazioni di sala differenti dal setting standard		X
consumi per paziente almeno dei materiali ad alto costo		X
disponibilità di personale tecnico necessario alla effettuazione dell'intervento sia interno che esterno all'organizzazione aziendale (es. tecnici di radiologia, medici nucleari, specialist)	X	X
tipo di ricovero (day surgery, ambulatoriale etc.)	X	

Laddove sull'applicativo aziendale non siano presenti i campi indicati, segnare le indicazioni sul campo testo

Art.9.5 Avanzamento dell'attività operatoria di elezione

La modalità prescelta di avanzamento dell'attività è la chiamata del Paziente successivo in "sovrapposizione" alla parte finale dell'intervento precedente, quando in fase di completamento ed esente da problematiche in atto.

La modalità in "successione" va evitata in tutti i casi possibili

La chiamata del Paziente successivo da parte del Personale di sala è responsabilità dell'Anestesista.

Il Primo Operatore chirurgico informa l'Anestesista della corretta previsione di fine tempo chirurgico. La chiamata del paziente successivo avviene nelle modalità seguenti:

- 30 min. circa prima della fine procedura se intervento successivo con preparazione rapida (accesso venoso, sedazione, intubazione)
- 40 min. circa prima della fine procedura se intervento successivo con preparazione lunga (catetere arterioso, catetere venoso centrale, anestesia neuro-assiale, blocchi di parete o di fascia, catetere vescicale...)

Il Paziente sarà accolto in presala in attesa di essere sottoposto all'intervento.

Nel caso di pazienti che necessitano di monitoraggio o vigilanza, l'Anestesista detterà le regole del caso, cercando nei limiti del possibile di evitare al massimo perdite di tempo.

Art.10 Attività in emergenza Urgenza

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

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

- **Emergenza:** necessità di intervento immediato
- **Urgenza:** necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo che pone l'indicazione all'intervento, coordinandosi con il gestore Clinico ovvero il Direttore dell'UO di Anestesia o persona da lui identificata con delega formalizzata. Il Clinico che propone l'intervento definisce e concorda con responsabile medico del blocco operatorio o suo delegato i tempi entro cui deve essere effettuato l'intervento chirurgico.

Ciascun Presidio Ospedaliero definirà nel proprio regolamento le modalità di gestione dell'emergenza-urgenza, rispettivamente in orario diurno e in orario notturno feriale, festivo e prefestivo, e l'attivazione del personale in pronta disponibilità.

Sono riconducibili all'urgenza anche le attività di prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto. Devono essere disponibili le procedure per la richiesta di emoderivati per le necessità trasfusionali in regime di elezione e di urgenza/emergenza con la massima condivisione tra gli operatori coinvolti.

Ogni blocco operatorio esplicita nel proprio regolamento le modalità operative di richiesta di intervento in emergenza/urgenza garantendo la tracciabilità del processo.

Art. 11 Misure comportamentali nel blocco operatorio

Al fine di limitare la contaminazione delle sale operatorie e migliorare gli outcome di sicurezza e qualità, devono essere definite le misure comportamentali del personale che ha accesso ai blocchi operatori. In particolare vanno definite le modalità di accesso (vestizione, accesso di effetti personali, norme igieniche), modalità di uscita, comportamenti nel blocco operatorio e in sala operatoria, accesso dei materiali e delle attrezzature, movimentazione dei materiali in uscita.

Le procedure comportamentali per l'accesso alle sale operatorie, di preparazione dell'equipe chirurgica e dell'area chirurgica, rappresentano un elemento essenziale per la prevenzione. Tutte devono essere scritte, conosciute ed a disposizione di ogni operatore.

L'accesso del personale in sala operatoria deve prevedere la vestizione con indumenti specifici. La preparazione dell'equipe chirurgica deve prevedere l'antisepsi preoperatoria e la procedura di lavaggio e di vestizione. L'accesso deve essere limitato al numero di persone strettamente necessario all'intervento. Le porte di comunicazione con i locali adiacenti devono essere mantenute chiuse durante l'intervento chirurgico (l'apertura deve essere limitata al tempo strettamente necessario al passaggio di personale e/o attrezzature).

Studenti, tirocinanti e medici in formazione specialistica seguono le stesse misure comportamentali del personale che accede. La presenza andrà documentata nel Registro Operatorio.

Art 12. Qualità e sicurezza degli interventi chirurgici

Rispetto ad altri settori, la sicurezza in Sala Operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici:

- numero di Persone e professionalità coinvolte;
- condizioni acute dei Pazienti;
- quantità di informazioni richieste;

- urgenza con cui i processi devono essere eseguiti;
- elevato livello tecnologico;
- molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai Pazienti: es. identificazione del Paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, adeguato posizionamento sul letto operatorio, necessità trasfusionale ecc.

Nell'ottobre del 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria che propone l'adozione delle raccomandazioni e della checklist elaborate dall'OMS nell'ambito del programma Safe Surgery Saves Lives. Le Raccomandazioni contenute nel Manuale citato sono riferite ai 16 obiettivi specifici che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei Pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS Guidelines for Safe Surgery con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

La Checklist contenente 20 item è stata implementata quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out) e prevede alcuni controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare (/) dopo l'avvenuto controllo.

Premesso quanto sopra il percorso di sicurezza del Paziente in Sala Operatoria, viene articolato come segue:

- ✓ **Mini Checklist:** viene eseguita e firmata dal Coordinatore Infermieristico del Reparto di degenza o da suo Delegato
- ✓ Se operativo con Sistema di tracciabilità **TapMyLife** **ove implementato:** applicazione del beacon e verifica della corretta accettazione del Paziente nel sistema informativo dedicato da parte del Coordinatore Infermieristico del Reparto di degenza o da suo Delegato; il trasferimento in Sala Operatoria di Pazienti pediatrici o non collaboranti deve essere eseguito da due figure professionali, a discrezione del Coordinatore Infermieristico di Reparto.
- ✓ All'arrivo in Sala Operatoria, **presa in consegna** del Paziente dal Nurse di anestesia che controlla l'esecuzione precedente della Mini Check list e la documentazione generale del Paziente (cartella clinica, Scheda Anestesiologica, consensi chirurgico ed anestesiologico). In caso di rilievo di errore o di documentazione incompleta, il percorso del Paziente viene sospeso fino a completa risoluzione del problema.
- ✓ **Check list (Sign In):** iniziata prima dell'induzione dell'Anestesia e richiede la presenza di tutti i componenti dell'Equipe
- ✓ **Check list (Time Out):** eseguita prima dell'incisione chirurgica da parte di tutta L'Equipe
- ✓ Compilazione su **Ormaweb** delle tempistiche di Sala Operatoria da parte del Nurse di Anestesia in accordo con l'Anestesista ; Il tempo di incisione e di fine sutura devono essere dichiarati dal Primo Operatore chirurgico

- ✓ Validazione infermieristica, anestesiologicala e chirurgica della **scheda Paziente presente in Ormaweb**
- ✓ Compilazione completa della **Scheda di Anestesia**
- ✓ Compilazione dell'Atto Operatorio
- ✓ Compilazione delle schede **conteggio garze e strumenti, tracciabilità materiale impiantabile e sterile** ad opera dello strumentista con la collaborazione dell'Operatore di Sala.
- ✓ Compilazione finale della **Check list (Sign Out)** ad opera del Nurse di Anestesia in collaborazione con tutto il Personale di Sala Operatoria

Mini checklist, Scheda di anestesia, Checklist, Atto operatorio, Schede di conteggio garze e strumenti, tracciabilità materiale impiantabile e sterile, costituiscono assieme la **Cartella di Sicurezza del Paziente** che va allegata alla Cartella Clinica di cui è parte integrante

La modulistica deve essere informatizzata in coerenza con il nuovo sistema informativo ospedaliero.

Art 13. Rispetto del regolamento

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

Tutte le non conformità dovranno essere segnalate dai membri dell'équipe oltre che dello stesso Gruppo operativo. Su richiesta, dovrà essere tutelata la riservatezza circa l'identità del segnalante come previsto nelle segnalazioni di Incident Reporting del sistema regionale GSRC.

7. DIFFUSIONE, CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

La diffusione del presente documento viene effettuata dalla QA/U.O attraverso:

- News aziendale;
- Intranet
- Via mail ai Direttori e coordinatori di UO

Il documento originale è conservato presso UOS Rischio Clinico.

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI, NORMATIVI E SITOGRAFIA

1. Linee di Indirizzo per il Governo del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato, Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 9.7.2020
2. Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist, Ministero della Salute 2009
3. Gestione delle Liste Operatorie - Recepimento Aziendale del Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist, AULSS 6, 20.05.2019
4. Piano Nazionale di governo liste di attesa 2019 - 2021, Ministero della Salute, 2019 <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>
5. Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, dicembre 2009
6. Servizio Sanitari della Toscana-Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi "Regolamento di organizzazione dei comparti operatori dell'AOU Careggi" 10.11.2021
7. AOU Sassari "Regolamento Organizzazione Attività Chirurgica Blocco Operatorio Santissima Annunziata" 19.09.2021



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. IPA AUV

Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it

PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it

www.aulss8.veneto.it

CARTELLA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

etichetta paziente

U.O. _____

MINI CHECK LIST DI UNITA' OPERATIVA

1) E' STATA ESEGUITA LA PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE ATTIVA DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
2) E' PRESENTE IL BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
3) E' STATO MARCATO IL SITO CHIRURGICO (PARTE, LATO)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON APPLICABILE
4) E' STATO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
5) E' STATO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
6) SONO STATI RICHIESTI EMOCOMPONENTI E/O PLASMADERIVATI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
7) E' STATA ESEGUITA LA VISITA ANESTESIOLOGICA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
8) E' STATO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
9) SONO STATE VERIFICATE EVENTUALI ALLERGIE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TIPOLOGIA _____			
10) LA DOCUMENTAZIONE CLINICA È IN ORDINE (ECG refertato, esami ematochimici, esami strumentali presenti)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
11) LA CARTELLA CLINICA CON LE ETICHETTE IDENTIFICATIVE È AL SEGUITO DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
12) SONO STATE ESEGUITE LE PROCEDURE RICHIESTE DI:			
→SOMMINISTRAZIONE DELLA PRE-ANESTESIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	TIPO _____ ORA somm.ne _____
→PROFILASSI ANTIEMBOLICA – Posizionamento calze compressive, gambali a compressione, pressoterapia pneumatica			
Tipologia di presidio _____		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PROFILASSI ANTIEMBOLICA CON EBPM SOSPESA IN DATA..... ALLE ORE NON SOSPESA <input type="checkbox"/>			
→ANTIBIOTICO-PROFILASSI	<input type="checkbox"/> SI	NOME ANTIBIOTICO _____ ORA somm.ne _____	
NON APPLICABILE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO, segue il paziente		
13) E' STATO MANTENUTO IL DIGIUNO PREOPERATORIO SECONDO PROTOCOLLO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
14) E' STATA ESEGUITA LA PULIZIA INTESTINALE (Clix)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON APPLICABILE
15) SONO STATE ESEGUITE LE PROCEDURE DI PREPARAZIONE:	DETERSIONE DELLA CUTE		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	IGIENE DEL CAVO ORALE		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	DEPILAZIONE SITO CHIRURGICO		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
16) E' STATA ESEGUITA LA RIMOZIONE DI: MONILI, OCCHIALI, SMALTO, UNGHIE FINTE, INDUMENTI INTIMI CON FIBRA SINTETICA, PROTESI DENTARIE O ALTRE PROTESI (N.B. le protesi acustiche vanno rimosse dopo l'identificazione verbale del paziente in SO) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
17) SONO STATI APPLICATI:	<input type="checkbox"/> ACCESSO VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE
18) IL PAZIENTE E' STATO ACCOMPAGNATO IN SALA OPERATORIA DA:			
19) INDICE DI BRADEN (per interventi di durata superiore alle 2 ore):			
20) SONO PRESENTI LESIONI DA PRESSIONE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
SE PRESENTI, SPECIFICARE LA SEDE: _____			

Data _____

Firma dell'infermiere compilatore

CHECKLIST DI SALA OPERATORIA

1) SIGN IN → CONTROLLI PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA

Orario di effettuazione controllo:

- 1. Il paziente ha confermato:**
 - identità (verifica a voce e del bracciale identificativo)
 - sede dell'intervento
 - procedura
 - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)
 - digiuno preoperatorio
- 2. Il sito di intervento è stato marcato:**
 - SI
 - NO
- 3. Controlli per la sicurezza dell'anestesia:**
 - completati
- 4. Posizionamento dell'ideoneo monitoraggio sul paziente e verifica del corretto funzionamento**
 - completati
- 5. Controllo materiale chirurgico e funzionamento delle apparecchiature elettromedicali**
 - completati
- 6. IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEL PAZIENTE**
 - 6.1. Allergie:** SI (specificare _____) NO
 - 6.2. Gestione vie aeree difficili:**
 - SI
 - NO
 - 6.3. Rischio di perdita ematica > 500 ml:**
 - SI, sono stati previsti adeguati accessi venosi e fluidi da infondere
 - NO
 - Richiesta emoderivati: SI NO
 - 6.4. Adeguata normotermia:**
 - SI
 - NO
 - 6.5. Prevista profilassi tromboembolismo:**
 - SI
 - NO

2) TIME OUT → CONTROLLI PRIMA DELL'INCISIONE DELLA CUTE

Orario di effettuazione controllo:

- 1. I componenti dell'équipe si sono presentati con proprio nome e funzione**
- 2. Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:** identità del paziente, sede d'intervento, lateralità, procedura, corretto posizionamento
- 3. Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:**
 - 1) Chirurgo:** tempi operatori, rischio perdite ematiche, altro?
 - 2) Anestesista:** patologie concomitanti, scala ASA, altro?
 - 3) Infermiere:** verifica sterilità strumentazione, conteggio iniziale garze/strumentario
- 4. La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?**
 - SI
 - NON INDICATA
- 5. Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?**
 - SI
 - NON PREVISTE
- 6. Accorgimenti adottati per la prevenzione delle Lesioni da pressione**
 - Foam
 - Superficie ad aria forzata, antidecubito e riscaldata
 - Superfici di supporto addizionali per scaricare punti di pressione in posizione prona
 - protezione della cute a contatto con apparecchiature (specificare) _____
 - protezione dei talloni _____
 - altro (specificare) _____

3) SIGN OUT → CONTROLLI PRIMA DELL'USCITA DEL PAZIENTE DALLA SALA OPERATORIA

Orario di effettuazione controllo:

- 1. L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: è stata eseguita la procedura prevista?**
 - SI
 - NO, sono intervenute modifiche
 - 2. Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto:** SI NO
 - 3. Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato** (compresi l'identificativo del paziente, descrizione del campione e verifica del corretto numero dei campioni)
 - SI NO, non previsti
 - 4. Segnalazione problemi con dispositivi e/o di altre eventuali criticità**

 - 5. Eventi da segnalare per il rischio di Lesioni da Pressione**
 - maggiori episodi ipotensivi durante l'intervento
 - prolungamento durata dell'intervento oltre il tempo previsto
 - 6. Ispezione della cute:**
 - nessun arrossamento da segnalare
 - nuove aree di arrossamento (specificare area _____)
 - 7. Chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria**
 - 8. Il bracciale identificativo è stato riposizionato in caso di precedente rimozione:** SI NO
- DATA** _____
- FIRME/SIGLE EQUIPE OPERATORIA:**
Anestesista _____
Chirurgo _____
Strumentista _____
Nurse anestesia _____
Operatore di sala _____

	SI	NO	N.A.	
CONTEGGIO INIZIALE				
CONTEGGIO OGNI AGGIUNTA				
CONTEGGIO CAMBIO EQUIPE				
CONTEGGIO CHIUSURA CAVITA'				
CONTEGGIO A CAVITA' CHIUSA				
CONTROLLO RX PER NON CONFORMITA'				
<u>PACKING/MATERIALE TRATTENUTO A VARIO TITOLO</u>				

SI = conteggio eseguito
 NO = conteggio non eseguito
 N.A. = non applicabile

TIPOLOGIA DI MATERIALE

TOTALE

VALIDAZIONE	I° EQUIPE	II° EQUIPE
INFERMIERE DI SALA / OSS		
STRUMENTISTA		
CHIRURGO		

NOTE

Tracciabilità Container Strumenti (Applicare etichette)

Tracciabilità Materiale Impiantabile (Applicare etichette)

Tracciabilità Materiale Sterile (Applicare etichette)



Tracciabilità Materiale Sterile (Applicare etichette)

Note infermieristiche in uscita dalla sala operatoria

1.

2.

3.

4.

5.

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

**DIPARTIMENTO
EMERGENZA, URGENZA E CURE INTENSIVE**

**PROCEDURA
Regolamento per l'utilizzo delle Sale
Operatorie DISTRETTO EST**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	DMO-REG-030
Preparazione	Coordinatore GdL Vinicio Danzi F.to.
Verifica	Responsabile Servizio Qualità Dott. Marcello Mezzasalma F.to.
Approvazione	Direttore Sanitario Dott. ssa Emanuela Zilli F.to.
Rev.	Data 14/06/2024
Riconferma	Direzione Medica – Rischio Clinico Dott.ssa Sara Mondino F.to. Data 14/06/2024

Sommario

1. PREMESSA	3
2. GRUPPO DI LAVORO	3
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	3
4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)	4
6. GRUPPO OPERATORIO (GO)	5
6.1 Composizione del Gruppo Operatorio	5
6.2 Funzioni specifiche del RAE	6
6.3 Funzioni specifiche del RAU	6
6.4 Funzioni specifiche del CC	6
7. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' ELETTIVA	7
7.2 Richiesta di assistenza anestesiologicala estemporanea	7
7.3 Richiesta di posto letto intensivo ospedale di Vicenza	8
7.4 Pianificazione giornaliera	8
8. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN ELEZIONE	9
8.1 inizio delle attività:	9
8.2 Fine attività:	9
8.3 Formazione sul campo:	9
8.4 Iter post-operatorio:	10
8.5 Gestione imprevisti in attività elettiva	10
8.5.1 Malfunzionamento apparecchiature elettromedicali:	10
8.5.2 Assenza non programmata di Anestesista o Personale Infermieristico:	10
8.5.3 Prolungamento delle procedure oltre l'orario di fine attività:	11
8.5.4 Indisponibilità momentanea di posto letto programmato in TIPO Ospedale di Vicenza:	11
8.5.5 Sottoutilizzo di tempo operatorio in elezione:	11
9. GESTIONE SALA JOLLY OSPEDALE DI VICENZA	11
10. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN URGENZA/EMERGENZA	12
10.1 Gestione attività diurna feriale:	12
10.2 Gestione attività notturna e festiva:	13
10.3 Gestione imprevisti:	13
11. SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	13
11.1 Gestione dei materiali e delle apparecchiature elettromedicali	14
11.2 Gestione degli Operatori	15

1. PREMESSA

Il Blocco Operatorio, grazie ai progressi della Medicina e della Chirurgia, è divenuto un sistema complesso. Il suo funzionamento dipende da diversi servizi della Struttura Sanitaria e il coordinamento di questi è essenziale, pertanto è necessaria un'organizzazione guidata da una Governance con strumenti precisi. Efficienza e produttività sono elementi importanti nell'organizzazione del blocco operatorio per poter svolgere in modo ottimale l'attività programmata, utilizzando in modo razionale il materiale e le risorse umane disponibili. Una buona organizzazione consente una produzione di cure adeguata alla domanda e conferisce anche fiducia agli operatori sanitari che vi lavorano.

2. GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Profilo Professionale	Unità Operativa
Emanuela Zilli	Direttore	Direzione Sanitaria
Vinicio Danzi	Direttore UOC	Anestesia e Rianimazione
Sara Mondino	Direttore Medico – Risk Manager	UOC Direzione Medica 2 e UOS Rischio Clinico
Mirco Primadei	Dirigente Medico	Anestesia e Rianimazione
Maurizio Scollo	Dirigente Medico	Anestesia e Rianimazione
Andrea Marchesin	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio
Lorenzo Musella	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio
Laura Zaghis	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio
Mirco Carraro	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio
Simone Stefanello	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio
Davide Perpentì	Coordinatore infermieristico	UOS Rischio clinico

3. GLOSSARIO E ACRONIMI

- CC: coordinatore clinico infermieristico gruppo operatorio (nei diversi ruoli specifici di cui sotto)
- CCC: coordinatore clinico infermieristico gruppo operatorio Cardiochirurgia;
- CCI: coordinatore clinico infermieristico gruppo operatorio centrale;
- CCO: coordinatore clinico infermieristico gruppo operatorio Ortopedia;
- DMO: Direzione Medica Ospedaliera;
- GO: Gruppo Operatorio;
- MdG: Medico di Guardia
- MET: Medical Emergency Team;
- RAE: Responsabile attività chirurgica elettiva;
- RAU: Responsabile attività chirurgica urgenza/emergenza;
- UOC: unità operativa complessa;
- UOS: unità operativa semplice;
- TIPO: Terapia Intensiva Post-Operatoria

4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo di tale documento è il miglioramento continuo della quantità, qualità e sicurezza delle prestazioni chirurgiche erogate ed una costante attenzione al grado di efficacia-efficienza delle soluzioni adottate.

Il presente documento elenca e specifica l'insieme di regole/procedure connesse all'organizzazione dell'attività dei blocchi operatori del Distretto EST: ospedali di Vicenza e Noventa.

Vengono di seguito descritti:

- **composizione e funzione degli Organismi preposti alla programmazione e gestione delle attività operatorie**
- **ruolo e grado di responsabilità delle varie figure professionali coinvolte**
- **modalità di coordinamento e interazione necessarie all'ottimizzazione tanto dei percorsi chirurgici proposti quanto delle risorse disponibili.**

5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

La responsabilità dell'applicazione del presente documento è in carico a tutto il Personale Sanitario che opera all'interno dell'Ospedale di Vicenza e di Noventa, a diverso titolo e ciascuno per la parte di propria competenza. Rispetto alle specifiche attività, si può descrivere la seguente matrice delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nel documento.

Attività	Direttore Dipartimento Urgenza ed Emergenza	Direttore UOC	Medico UOC	Coordinatore Infermieristico UOC
Diffusione Procedura ai Direttori di UOC	R	C	I	I
Diffusione Procedura ai Medici di UOC	I	R	C	C
Diffusione Procedura al Personale di comparto dell'UOC	I	C	C	R
Registro di prenotazione chirurgica	C	R	C	I
Regolamento del Gruppo Operatorio	R	C	C	C

Leggenda:

R = responsabile

C = coinvolto

I = informato

6. GRUPPO OPERATORIO (GO)

6.1 Composizione del Gruppo Operatorio

Il GO è un servizio interdisciplinare al quale accedono tutte le Specialità Chirurgiche ed Interventistiche presenti in Azienda.

Il blocco operatorio di Vicenza si compone di:

- **Blocco Operatorio Cardiochirurgia**

1° piano, lotto D, 3 Sale Operatorie (sale 4-5-6)

- **Blocco Operatorio Centrale**

1° piano, lotto C, 8 Sale Operatorie (sale 1-2-3-4-5-6-7-8)

1° piano, lotto C, 3 Sale Operatorie (sale 9-10-11)

1° piano, lotto D, 3 Sale Operatorie (sale 1-2-3)

- **Blocco Operatorio Interventistico**

Piano terra, lotto B, 2 sale di Emodinamica/elettrofisiologia

Piano terra, lotto D, 1 Sala di Endoscopia Digestiva

Piano -1, lotto D, 1 Sala di Medicina Nucleare

Piano terra, lotto C, 1 Sala di Neuroradiologia

Piano terra, lotto C, 1 Sala di Radiologia interventistica

- **Sala Parto**

1° piano, lotto D, 1 Sala Operatoria

Ad esse afferiscono le seguenti specialità:

- Anestesia (inserimento cateteri venosi a permanenza)
- Cardiochirurgia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Maxillo-facciale
- Chirurgia Pediatrica
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Vascolare
- Ematologia
- Emodinamica-Cardiologia
- Gastroenterologia
- Medicina nucleare
- Neurochirurgia
- Neuroradiologia
- Oculistica
- Ortopedia-Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Radiologia interventistica
- Senologia
- Urologia

Il blocco operatorio di Noventa si compone di 2 sale operatorie (sale 1-2) alle quali afferiscono le seguenti specialità:

- Chirurgia Generale
- Chirurgia Plastica
- Endoscopia operativa
- Neurochirurgia
- Oculistica
- Odontostomatologia

- Ortopedia - Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Urologia

6.2. Funzioni specifiche del RAE

- coordina lo svolgimento dell'attività clinica elettiva in stretta collaborazione con i Direttori o loro Delegato e con i diversi Coordinatori Clinici Infermieristici.
- alle ore 8 verifica il corretto avvio delle Sale Operatorie
- durante il proprio turno di lavoro supervisiona l'andamento dell'attività operatoria e agisce per risolvere criticità contingenti
- collabora con il RAU nella risoluzione di problemi contingenti in G.O.
- entro le ore 14 valida il programma operatorio del giorno successivo
- valuta con il Direttore la capacità professionale dei singoli Anestesisti, allocando le risorse in base alle tipologie di attività chirurgiche pianificate
- valuta i bisogni formativi e di addestramento del Personale assieme al RAU e ai Referenti della Formazione, segnalando al Direttore di Anestesia e Rianimazione
- contribuisce alla stesura di Protocolli, Procedure, Istruzioni Operative
- Nel caso di assenza tale funzione viene svolta dal Direttore di Anestesia e Rianimazione o dal MdG Urgenza/Emergenza Anestesia per i problemi contingenti.
- Il MdG Urgenze ha la responsabilità del proprio lavoro ordinario

Nelle ore successive, il sabato e i festivi, la gestione dell'attività operatoria viene assunta dal Medico di Guardia di Anestesia (MdG), in stretta collaborazione con il Collega Responsabile della Rianimazione e con quello che ricopre il ruolo di Medico appartenente al Medical Emergency Team (MET)

6.3 Funzioni specifiche del RAU

- gestisce e organizza l'Urgenza/Emergenza sia in G.O. che nelle attività Non Operating Room Anesthesia (NORA)
- collabora con il RAE nella risoluzione di problemi contingenti del G.O.
- valuta i bisogni formativi e di addestramento del Personale assieme al RAE e ai Referenti della Formazione segnalando al Direttore di Anestesia e Rianimazione.
- contribuisce alla stesura di Protocolli, Procedure, Istruzioni Operative relative all'Urgenza/Emergenza

In caso di sua assenza, la responsabilità della gestione dell'attività operatoria Urgente/Emergente viene assunta dal MdG di Anestesia Urgenze.

Per l'ospedale di Noventa le funzioni di RAE e di RAU vengono assolte da un unico dirigente di anestesia e rianimazione.

6.4 Funzioni specifiche del CC

- coordina lo svolgimento dell'attività assistenziale sia elettiva che in regime di Urgenza/Emergenza, collaborando con RAE e RAU
- pianifica i turni del Comparto, assegnando i diversi servizi sulla base di criteri di competenza e complessità assistenziale
- ottimizza l'assegnazione di Personale, materiali, apparecchiature biomediche per assicurare la continuità assistenziale, gestendo le criticità organizzative giornaliere
- individua i bisogni formativi e di addestramento del Personale in collaborazione con RAE RAU e Direttore Anestesia e Rianimazione.
- entro le ore 14 di ogni giorno feriale, valida le liste operatorie del giorno seguente assieme al RAE
- interviene nella gestione del Magazzino centrale in collaborazione con DM
- è referente per il Gruppo Operatorio del sistema informatico di registrazione interventi e utenti

I Coordinatori Infermieristici afferenti al GO di Vicenza sono reperibili ai seguenti numeri di telefono:

- Coordinatore Cardiochirurgia: 122744
- Coordinatore Elettrofisiologia/emodinamica: 123162
- Coordinatore Gastroenterologia: 123198
- Coordinatore Medicina Nucleare: 122702
- Coordinatore Neuroradiologia: 123545
- Coordinatore Ortopedia: 123700
- Coordinatore Radiologia interventistica: 123830

Il Coordinatore infermieristico afferente al GO di Noventa è reperibile al 328 1506696

7. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' ELETTIVA

7.1 Lista operatoria settimanale

La lista operatoria deve essere inviata via mail (per ospedale di Vicenza a listeoperatorie@aulss8veneto.it) al RAE e al CC entro le ore 12 del mercoledì che precede la settimana a cui si riferisce, al fine di verificare la compatibilità dell'attività proposta con gli orari operativi dei Blocchi chirurgici, la disponibilità adeguata di Personale e risorse.

La stessa lista viene discussa il giovedì con i Direttori delle varie Strutture Chirurgiche o loro Delegati, dalle ore 7:30 alle ore 8:00 evidenziando le criticità presenti e ricercando collegialmente la soluzione più idonea.

In quest'ambito vengono valutate eventuali modifiche delle sedute operatorie (giornata- ordine degli interventi) e/o compensazioni di attività laddove necessario.

Sempre in questa riunione vanno comunicate con un anticipo minimo di 7 giorni le sedute operatorie non utilizzate, in modo da destinare ad altre Strutture Chirurgiche sulla base delle esigenze di Lista d'attesa o di necessità contingenti.

Il venerdì entro le ore 16 le liste definitive vengono pubblicate ed inviate attraverso la stessa mail dal RAE e dal CC del Gruppo Operatorio Centrale ai Direttori delle varie Strutture Chirurgiche e agli altri CC di pertinenza

Ai fini di una progressiva ottimizzazione delle liste operatorie, si rende necessaria una corretta compilazione in Ormaweb di tutti i tempi operatori dalla chiamata del primo fino alla dimissione dell'ultimo Paziente della giornata. Le mediane di tutti i tempi di attività sono conseguenza della tipologia e tecnica di procedura (sia chirurgica che anestesiologicala), del turn-over di Personale in addestramento, del grado di esperienza raggiunto dal singolo Operatore e dal Team di Sala Operatoria in generale, dalle scelte organizzative messe in atto.

7.2 Richiesta di assistenza anestesiologicala estemporanea

Le richieste di assistenza anestesiologicala per procedure estemporanee, di breve durata e in regime di elezione ordinaria (sedazioni/anestesia generale per CVE, Cyberknife, TAC, TEE, RMN, ecc.) possono essere evase il lunedì mattina. L'Anestesista ed il Nurse dedicati sono quelli in servizio presso la TIPO ospedale di Vicenza. La fascia oraria possibile è tra le 8.30 e le 11.30. Le prenotazioni devono essere segnate entro le ore 12 del mercoledì precedente sul file "Posti letto Tipo", presente in Drive, inserendole sull'apposita agenda oraria che compare a fondo pagina nella giornata di lunedì.

7.3 Richiesta di posto letto intensivo ospedale di Vicenza

La richiesta di monitoraggio clinico post-operatorio in ambiente intensivo, deve essere fatta entro le ore 12:00 del mercoledì della settimana precedente, su apposito programma condiviso presente in Drive.

Nei casi in cui si presenti una richiesta successiva alle ore 12:00 del mercoledì, va prima controllata la presenza di posti liberi, quindi va inserita la richiesta **sequita da segnalazione telefonica al MdG della TIPO** che provvederà a far confermare il posto dai preposti.

Il numero giornaliero di posti letto in TIPO attuali è 5

Per alcune Specialità Chirurgiche esiste una priorità di assegnazione posto letto, basata sullo storico dell'attività.

Questa priorità, così come l'ordine temporale di prenotazione, non costituiscono criterio assoluto.

I criteri principali nell'assegnazione dei posti letto Tipo sono invece:

- condizioni cliniche del Paziente
- complessità dell'intervento chirurgico
- particolari esigenze organizzative (es intervento combinato con altre Specialità Chirurgiche)

Obiettivo comune è evitare all'interno della stessa settimana la presenza di un eccesso di prenotazioni in alcuni giorni, associata ad un difetto in altri.

In caso di eccesso, il conflitto relativo all'assegnazione di posti letto deve essere risolto all'interno della riunione del giovedì: la rinuncia di richiesta da parte di una specialità chirurgica equivale ad un credito nelle giornate seguenti o nella settimana successiva.

In caso di necessità, se già occupati i posti letto presenti in Tipo, il ricorso a posto letto in Terapia Intensiva può essere confermato solo alle ore 8 del giorno stesso dell'intervento.

7.4 Pianificazione giornaliera

Essendo possibili per necessità contingenti modifiche della programmazione giornaliera, la variazione deve essere aggiornata su ORMAWEB e deve essere inviata entro le ore 12:00 del giorno precedente al RAE/RAU (ove presente) e al CC di pertinenza via mail (per l'ospedale di Vicenza listeoperatorie@aulss8.veneto.it). Le variazioni che interessino il lunedì devono essere inviate entro le ore 12:00 del venerdì precedente.

In caso di mancanza di visita anestesiologicala, si cercherà di evadere la relativa richiesta entro le ore 18 del giorno precedente, se compatibile con le attività in corso, ricorrendo nell'ordine a:

- Medico dedicato alle visite Urgenti (lunedì mattina ore 8-14)
- Anestesista in servizio mattutino presso la stessa Sala Operatoria con orario 8-15
- nei fine settimana e durante i festivi, dal Medico della Tipo quando presente oppure dal MdG di Anestesia Urgenze
- da altro Medico designato dal RAE

Per ospedale di Noventa si fa riferimento al medico dedicato alle visite ambulatoriali.

Ogni variazione rispetto al piano settimanale deve essere motivata.

La richiesta di variazione motivata dell'ordine degli interventi può essere avanzata sia dal Chirurgo proponente che dal RAE in accordo con il CC.

Si segnala che l'impiego dell'Anestesista per visite anestesiologicalhe non urgenti rappresenta un sistema a cui ricorrere solo in casi selezionati e contingenti. La comune via prevede l'invio all'ambulatorio Anestesiologicalo

8. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN ELEZIONE

8.1 inizio delle attività:

Ospedale di Vicenza

- ore 7.30-7.40: inizio attività del Personale del Comparto e arrivo 1° Paziente **senza che si attenda la chiamata da parte del Personale del GO**. Solo nel caso di Pazienti non collaboranti o pediatrici la chiamata viene concordata con il Personale di Sala Operatoria.

- ore 7.40-8.00: controllo documentazione, posizionamento accesso venoso, inizio monitoraggio.
- ore 8.00-8.15: fine compilazione check List SIGN IN con la presenza di tutta l'Equipe compreso il Chirurgo e inizio anestesia.

Si sottolinea che non è accettabile il ritardo di inizio anestesia perché in corso la preparazione del tavolo madre.

l'Equipe presterà l'adeguata attenzione durante le fasi di induzione anestesiológica.

Nei casi previsti l'induzione sarà eseguita in pre-Sala Operatoria, questo vale anche per le tecniche di ALR.

Ospedale di Noventa

In ragione dell'attività di day e week surgery, per l'ospedale di Noventa:

- ore 7.30: inizio attività del Personale del Comparto
- ore 8.00-8.15: arrivo 1° Paziente in GO e controllo documentazione, posizionamento accesso venoso, inizio monitoraggio
- ore 8.15-8.30: fine compilazione check List SIGN IN con la presenza di tutta l'Equipe compreso il Chirurgo e inizio anestesia.

8.2 Fine attività:

Ospedale di Vicenza

Sala mattutina:

- entro ore 15:00: dimissione Paziente e ripristino Sala Operatoria

Sala pomeridiana:

- entro ore 20:00: dimissione Paziente e ripristino Sala Operatoria

Ospedale di Noventa

In ragione dell'attività di day e week surgery, per l'ospedale di Noventa, l'uscita del paziente in GO avviene non oltre le ore 20:00 dal lunedì al giovedì e non oltre le ore 16:00 il venerdì.

8.3 Formazione sul campo:

Si ritiene l'addestramento sul campo requisito essenziale per la sicurezza di Pazienti/Operatori e per garantire la continuità assistenziale stante l'elevato turn-over di Personale.

Questo vale per ogni figura coinvolta: Chirurgo, Anestesista, Strumentista, Nurse e Operatori socio-sanitari.

Qualora l'addestramento, per improrogabili necessità di Reparto o di Comparto, debba essere necessariamente intensivo, si raccomanda di:

- programmare liste settimanali e giornaliere adeguate, per evitare uno sfornamento orario sistematico
- considerare il subentro dell'Operatore più esperto, quando si ravvisa che la procedura eccede il tempo stimato nella programmazione
- evitare l'inserimento dell'addestramento nella parte finale della giornata, in particolare nell'intervento prossimo al tempo di fine attività.

L'addestramento non deve mai essere eseguito o continuato in presenza di urgenze in coda attività.

In nessun caso deve esitare nella chiamata di Personale in reperibilità.

8.4 Iter post-operatorio:

Al termine della procedura, il Paziente viene avviato ad uno dei seguenti percorsi:

- autonomizzazione, stazionamento in pre-Sala e invio nel reparto di degenza
- trasferimento in Recovery-room (qualora attivata)
- trasferimento in Tipo/Terapia Intensiva (ove presenti), quando confermata la necessità, cercando di risparmiarne il ricorso ogni qualvolta evoluzione della procedura e condizioni cliniche del Paziente, lo permettano.
- stazionamento in Sala Operatoria quando:

- il posto letto in ambiente intensivo già programmato non sia immediatamente disponibile
- posto letto intensivo non previsto ma ne sorga la necessità durante l'intervento e ne venga disposto il ricorso dal comune accordo tra Primo Operatore chirurgico e Anestesista di Sala Operatoria/TIPO (ove presenti)

Il trasferimento del Paziente dalla Sala Operatoria verso Strutture Intensive viene gestito dal Medico Anestesista e da almeno un Infermiere

Il tipo di monitoraggio, clinico o strumentale, è deciso dall'Anestesista in funzione di fattori clinici e logistici contestuali.

Al momento della dimissione dalla Sala Operatoria, il Paziente deve essere in possesso di:

- atto operatorio
- cartella anestesologica intra-operatoria
- indicazioni del Chirurgo e dell'Anestesista sul decorso post-operatorio
- cartella di sicurezza del Paziente in Sala Operatoria

8.5 Gestione imprevisti in attività elettiva

8.5.1 Malfunzionamento apparecchiature elettromedicali:

Comunicazione con CC di pertinenza e RAE.

Azioni in ordine di priorità:

- sostituzione con apparecchiatura che garantisca un livello di prestazioni simile o adeguato
- variazione dell'ordine giornaliero degli interventi, se possibile intervento di manutenzione immediato
- riprogrammazione dell'intervento nella propria Sala Ordinaria o Sala Jolly (ove presente) previa informazione al RAU (ove presente)
- in caso di malfunzionamento improvviso ad intervento in corso, Primo Operatore Chirurgo, Anestesista e RAE assumono sotto la propria responsabilità, dopo condivisione collegiale, le decisioni del caso:
 - prosecuzione dell'intervento mediante adozione di metodiche terapeutiche e diagnostiche differenti
 - prosecuzione dell'intervento mediante adozione di apparecchiature con prestazioni ridotte o non ottimali
 - sospensione dell'intervento e riprogrammazione

8.5.2 Assenza non programmata di Anestesista o Personale Infermieristico:

- comunicazione con CC di pertinenza e RAE/Direttore
- attivazione dei meccanismi compenso:
 - riassegnazione del Personale in servizio
 - ricerca di Personale disponibile ma non in servizio
 - recupero di Personale da una delle due linee urgenze
 - recupero del Met/Nurse le cui funzioni vengono temporaneamente vicariate dal Responsabile della Terapia Intensiva e da Infermiere a sua discrezione.

RAE, CC possono ricoprire mansioni cliniche solo in caso di fallimento dei tentativi precedenti di compensazione, di necessità acuta e allo scopo di non ridurre l'attività programmata, scegliendo il tipo di servizio che permetta loro di mantenere o rientrare quanto prima possibile nella originaria funzione di coordinamento.

Nel caso in cui l'assenza sia prolungata, RAE e CC provvedono alla rielaborazione della turnistica dei giorni successivi e per il periodo necessario.

8.5.3 Prolungamento delle procedure oltre l'orario di fine attività:

- Sale Operatorie con termine attività ore 15: comunicazione a RAE e CC o MdG Anestesia (in Sua assenza al Direttore) alle ore 12:00
- Sale Operatorie con termine attività ore 20: comunicazione a RAE, in sua assenza con il Medico di Guardia Anestesia, e con il CC, in sua assenza con Nurse di Anestesia Sala 5 per l'ospedale di Vicenza, entro le ore 17
- Se intervento in corso, prosecuzione dell'attività mediante impiego del Personale deputato alle Urgenze o di quello in pronta disponibilità.
- Se intervento non in atto, ma in presenza di lista operatoria adeguata e approvata, recupero dell'intervento la mattina successiva o il prima possibile in Sala ordinaria o in Sala Jolly ove presente; in quest'ultimo caso, previa informazione al RAE e CC e compatibilmente con urgenze non differibili.
- Nel caso in cui l'attività di possibile recupero interessi più Specialità Chirurgiche, dopo confronto tra RAE e Direttori (o loro Delegato) delle varie Strutture Chirurgiche, la precedenza in Sala Jolly (ove presente) verrà accordata in base a:
 - condizioni cliniche del Paziente
 - complessità dell'intervento chirurgico
 - particolari esigenze organizzative (es intervento combinato)
 - numero di giorni di degenza pre-operatoria

8.5.4 Indisponibilità momentanea di posto letto programmato in TIPO Ospedale di Vicenza:

- comunicazione al RAE prima dell'inizio dell'intervento che si coordina con Responsabile di Terapia Intensiva
- ricerca posto letto in Terapia Intensiva
- proposta di variazione ordine giornaliero degli interventi se posto Tipo disponibile entro poche ore ed in tempo utile prima del termine attività
- riprogrammazione dell'intervento il giorno successivo o quando possibile per disponibilità di posto letto intensivo, in caso di impossibilità motivata della sala ordinaria si ricorrerà all'utilizzo della Sala Jolly con orario indicativo 8:00-14:00, previa informazione al RAU e compatibilmente con urgenze non differibili

8.5.5 Sottoutilizzo di tempo operatorio in elezione:

Nel caso in cui una Sala Operatoria termini la propria attività elettiva in anticipo rispetto al programma originale, l'Anestesista è **responsabile** della comunicazione di disponibilità della Sala al RAE, in assenza di questi al MDG Anestesia Urgenze, per allocare eventuali interventi di altre Specialità compatibili.

Allo stesso modo il Personale di Sala è **obbligato** a comunicare la stessa informazione al proprio Coordinatore e in sua assenza con il Nurse di Anestesia Sala 5 per l'Ospedale di Vicenza

9. GESTIONE SALA JOLLY OSPEDALE DI VICENZA

Rappresenta una Sala Operatoria utilizzabile per più scopi:

- riprogrammazione interventi elettivi che per motivi diversi non riesce ad essere evasa in attività ordinaria per prolungamenti di Sala imprevisti "saltati" per vari motivi nei giorni precedenti e non inseribili nell'attività programmata, dopo informazione del RAU e del Medico Jolly in accordo con il CC, può essere inserita nella Sala Jolly. Tale attività dovrà comunque essere subordinata alla eventuale criticità dovuta ad urgenze- emergenze che nel frattempo possono intervenire. Da qui si evince che non è una programmazione certa, ma probabile. Tali richieste dovranno comunque pervenire per via informatica su linea Urgenze con Nota "Sala Jolly" e il MdG Jolly programmerà l'attività in relazione alle richieste e disponibilità del Personale.
- urgenze concomitanti con sala Urgenze già impegnata,

- attività NORA e altre difficoltà che si vengano a creare in Comparto Operatorio.

Il Personale di Comparto assegnato alla Sala Jolly è costituito da Personale in servizio.
L'Anestesista Responsabile della Sala Jolly è in servizio con turno dedicato, che risponde al cordless 110186.

La Sala Jolly, rappresentando una sala ad organizzazione su base elettiva è di pertinenza gestionale del RAE in stretta collaborazione con il RAU per la gestione di eventuali doppie Emergenze.

Solo dopo aver valutato tutte le opzioni per terminare l'attività operatoria programmata e non averle considerate percorribili, i Responsabili potranno rinviare l'intervento programmato, adoperandosi per una tempestiva riprogrammazione

10. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN URGENZA/EMERGENZA

10.1 Gestione attività diurna feriale:

Il titolare di Sala e coordinamento delle urgenze è il RAU. In caso di sua assenza, la responsabilità della gestione dell'attività operatoria viene assunta nel seguente ordine progressivo: MdG di Anestesia Urgenze in collaborazione con MdG Jolly, RAE, Responsabile della Rianimazione o Guardia MET.

La Sala Operatoria preposta all'attività di Urgenza-Emergenza, per l'ospedale di Vicenza, fatto salvo casi eccezionali, è la sala 5 del lotto C, dove sono collocati tutti i presidi necessari per far fronte alle situazioni emergenziali.

Il MdG gestisce le urgenze che perverranno tramite richiesta informatizzata e provvederà a gestirle secondo criticità e disponibilità del Personale.

Nel caso di urgenze concomitanti che non possono essere soddisfatte nei termini richiesti, il RAU o chi per esso chiederà confronto tra i Colleghi Chirurghi coinvolti svolgendo compiti di mediazione e sottolineando eventuali difficoltà anestesiolgiche presenti.

In caso di più Urgenze concomitanti non differibili, nel caso sia la Sala Urgenze che la Sala Jolly fossero già occupate e insorgesse la necessità di inserire un intervento in E/U durante una seduta ordinaria non avendo a disposizione altre risorse, il RAE in accordo con RAU e con i Referenti delle Unità Chirurgiche coinvolte, provvederà alla sospensione dell'attività ordinaria e alla riorganizzazione delle liste operatorie del giorno.

In caso di emergenza con SO Urgenza/Emergenza non disponibili, verrà impiegata la prima Sala utilizzabile di Elezione per gestire l'Emergenza

Il MdG alle 12.00 dovrà confrontarsi con il RAE o suo Delegato per valutare l'eventuale fermo temporaneo dell'attività di urgenza differibile per imprevisto prolungamento di Sala elettiva 8.00/14.00

Il MdG alle 17.00 dovrà confrontarsi con il RAE o suo Delegato per valutare l'eventuale fermo temporaneo dell'attività di urgenza differibile per imprevisto prolungamento di Sala elettiva 8.00/20.00.

Per l'ospedale di Noventa l'attività in urgenza viene garantita dal lunedì al giovedì dalle 7:30 alle 20:00 e il venerdì dalle 7:30 alle 20:00 con personale medico, infermieristico, e dagli operatori sociosanitari in turno di servizio.

10.2 Gestione attività notturna e festiva:

L'attività di urgenza-emergenza notturna, (20-8) viene garantita dal MdG che risponde per l'ospedale di Vicenza al cordless 123101.

Gestisce le richieste che sono pervenute tramite sistema informatico e prosegue l'attività in corso secondo consegne del Collega smontante diurno.

Nel caso di situazioni di emergenza con Equipe già impegnata in Sala Operatoria valuta la necessità di chiamata del Personale reperibile. Questi dovrebbero intervenire solo per interventi non procrastinabili.

Interventi urgenti possono essere programmati in sequenza a discrezione del MdG in accordo con il Collega Chirurgo.

Durante il festivo diurno il MdG gestisce le richieste urgenti pervenute per via informatica ordinandole in collaborazione con i Chirurghi interessati secondo ordine di gravità decrescente

L'intervento del Personale reperibile deve essere riservato solo a situazioni emergenziali o urgenze non differibili con Equipe già impegnata.

Per l'ospedale di Noventa il MdG ricopre le funzioni di MET. Reperibilità notturna dalle ore 20:00 alle ore 8:00 dal lunedì al giovedì.

10.3 Gestione imprevisti:

Qualora sopraggiungano imprevisti sia di natura procedurale che organizzativa va coinvolto nell'ordine il RAU, RAE, CC e Direttore di Anestesia e Rianimazione.

Nel caso in cui RAU, RAE e Direttore non siano presenti in servizio, così come durante i turni festivi e notturni, il MdG coinvolgerà il Responsabile di Rianimazione o il MET.

In caso di problemi gravi sarà valutato se vanno interpellati telefonicamente il Direttore e le SS per le azioni da intraprendere.

Situazioni emergenziali in Sala Operatoria Urgenze come gravi politraumi saranno gestite dal RAU (ove presente) o dal RAE in sua assenza o dal MdG che sarà il Team Leader che disporrà i presidi e indicherà chi deve intervenire in Sala al fine di ottimizzare le risorse.

11. SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Rispetto ad altri settori, la sicurezza in Sala Operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici:

- numero di Persone e professionalità coinvolte;
- condizioni acute dei Pazienti;
- quantità di informazioni richieste;
- urgenza con cui i processi devono essere eseguiti;
- elevato livello tecnologico;
- molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai Pazienti: es. identificazione del Paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, adeguato posizionamento sul letto operatorio, necessità trasfusionale ecc.

Nell'ottobre del 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria che propone l'adozione delle raccomandazioni e della checklist elaborate dall'OMS nell'ambito del programma Safe Surgery Saves Lives. Le Raccomandazioni contenute nel Manuale citato sono riferite ai 16 obiettivi specifici che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei Pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS Guidelines for Safe Surgery con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

La Checklist contenente 20 item è stata implementata quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out) e prevede alcuni controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare (✓) dopo l'avvenuto controllo.

Premesso quanto sopra il percorso di sicurezza del Paziente in Sala Operatoria, viene articolato come segue:

- **Mini Checklist** : viene eseguita e firmata dal Coordinatore Infermieristico del Reparto di degenza o da suo Delegato
- Se operativo con Sistema di tracciabilità **TapMyLife** (ove presente): applicazione del beacon e verifica della corretta accettazione del Paziente nel sistema informativo dedicato da parte del Coordinatore Infermieristico del Reparto di degenza o da suo Delegato (allegato 6); il trasferimento in Sala Operatoria di Pazienti pediatrici o non collaboranti deve essere eseguito da due figure professionali, a discrezione del Coordinatore Infermieristico di Reparto.
- All'arrivo in Sala Operatoria, **presa in consegna** del Paziente dal Nurse di anestesia che controlla l'esecuzione precedente della Mini Check list e la documentazione generale del Paziente (cartella clinica, Scheda Anestesiologica, consensi chirurgico ed anestesiologico). In caso di rilievo di errore o di documentazione incompleta, il percorso del Paziente viene sospeso fino a completa risoluzione del problema.
- Check list (Sign In): iniziata prima dell'induzione dell'Anestesia e richiede la presenza di tutti i componenti dell'Equipe
- Check list (Time Out): eseguita prima dell'incisione chirurgica da parte di tutta L'Equipe
- Compilazione su Ormaweb delle **tempistiche di Sala Operatoria** da parte del Nurse di Anestesia in accordo con l'Anestesista; Il tempo di incisione e di fine sutura devono essere dichiarati dal Primo Operatore chirurgico
- Validazione infermieristica, anestesiologica e chirurgica della **scheda Paziente presente in Ormaweb**
- Compilazione completa della **Scheda di Anestesia**
- Compilazione dell'**Atto Operatorio**
- Compilazione delle **schede conteggio garze e strumenti, tracciabilità materiale impiantabile e sterile** ad opera dello strumentista con la collaborazione dell'Operatore di Sala.
- Compilazione finale della **Check list** (Sign Out) ad opera del Nurse di Anestesia in collaborazione con tutto il Personale di Sala Operatoria

Mini checklist, Scheda di anestesia, Checklist, Atto operatorio, Schede di conteggio garze e strumenti, tracciabilità materiale impiantabile e sterile, costituiscono assieme la **Cartella di Sicurezza del Paziente** che va allegata alla Cartella Clinica di cui è parte integrante

11.1 Gestione dei materiali e delle apparecchiature elettromedicali

Ai fini del mantenimento in sicurezza ed efficienza del parco tecnologico e per minimizzare i rischi possibili per i Pazienti, si indicano di seguito alcune azioni importanti che devono essere messe in atto all'interno dei Blocchi Operatori: ogni giorno, prima dell'inizio attività, il Personale verifica secondo Check List i dispositivi presenti e necessari per l'intervento.

Le anomalie eventualmente riscontrate vanno segnalate al CC di pertinenza per l'attivazione della richiesta di manutenzione/intervento da parte del S.S. Ingegneria Clinica.

Ogni giorno, prima della chiusura della Sala, il Personale verifica il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature elettromedicali impiegate. Le anomalie eventualmente riscontrate vanno segnalate al CC di pertinenza per l'attivazione della richiesta di manutenzione/intervento da parte del S.S. Ingegneria Clinica

- Gli interventi di manutenzione programmata/riparazione vanno eseguiti nei momenti in cui la Sala Operatoria non è attiva, se non possibile la sostituzione con Back Up.
- Il piano annuale delle manutenzioni e delle verifiche predisposto dal S.S. Ingegneria Clinica deve essere condiviso in tempo utile con i Direttori (o loro Delegato) delle varie Unità Operative per consentire un'adeguata programmazione mensile delle attività e l'ottimizzazione delle liste operatorie settimanali.

- E' consentito l'uso dei soli sistemi medicali e non, compresi quelli in prova, che abbiano ricevuto l'approvazione dal S.S. Ingegneria Clinica
- Le apparecchiature devono essere impiegate secondo le modalità e limiti previsti dal costruttore e contenuti nel manuale di utilizzazione
- Il Personale che chiude la SO deve considerarsi responsabile di anomalie non segnalate.

11.2 Gestione degli Operatori

Nelle attività lavorative svolte presso le Sale Operatorie si riconoscono i seguenti principali rischi:

- Rischio sicurezza (scivolamento, caduta, urto, ustione, taglio, ecc...)
- Rischio movimentazione carichi e posture inadeguate
- Rischio chimico
- Rischio anestetici aeriformi
- Rischio da agenti biologici
- Rischio stress da lavoro
- Rischio incendio
- Rischio di interferenza da Personale non sanitario

Si raccomanda la partecipazione di tutto il Personale ai relativi Corsi Aziendali di Formazione ed Addestramento, l'applicazione degli insegnamenti trasmessi e riportati nei documenti presenti sulla rete intranet aziendale.

Si raccomanda inoltre di prendere visione della modalità di segnalazione infortunio sul posto di lavoro utilizzando la procedura consultabile su sito Intranet alla pagina:

SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO >>>> SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA AZIENDALE AULSS 8 BERICA >>>> GESTIONE DEGLI INFORTUNI, DELLE MALATTIE PROFESSIONALI, DEGLI INCIDENTI E COMPORTAMENTI PROFESSIONALI.

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

**DIPARTIMENTO
EMERGENZA, URGENZA E CURE INTENSIVE**

PROCEDURA

**Regolamento per l'utilizzo delle Sale Operatorie
DISTRETTO OVEST**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	DMO-REG-031
Preparazione	Coordinatore GdL Silvio Marafon F.to.
Verifica	Responsabile Qualità Dott. Marcello Mezzasalma F.to.
Approvazione	Direttore Sanitario Dott. Ssa Emanuela Zilli F.to.
Rev.	Data 14/06/2024
Riconferma	Direzione Medica – Rischio Clinico Dott.ssa Sara Mondino F.to. Data 14/06/2024

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. GRUPPO DI LAVORO.....	3
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	3
4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER).....	4
6. GRUPPO OPERATORIO (GO).....	4
6.1 Composizione del Gruppo Operatorio	4
6.2 Funzioni specifiche dell'ORC	5
6.3 Funzioni specifiche del CC.....	5
7. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' ELETTIVA	6
7.1 Lista operatoria settimanale.....	6
7.2 Richiesta di assistenza anestesiologicala estemporanea	6
7.3 Richiesta di posto letto TOPOI.....	6
7.4 Pianificazione giornaliera	7
8. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN ELEZIONE.....	7
8.1 Inizio delle attività:.....	7
8.2 Fine attività:.....	7
8.3 Formazione sul campo:.....	8
8.4 Iter post-operatorio:.....	8
8.5 Gestione imprevisti in attività elettiva.....	8
8.5.1 Malfunzionamento apparecchiature elettromedicali:.....	8
8.5.2 Assenza non programmata di Anestesista o Personale Infermieristico:.....	9
8.5.3 Prolungamento delle procedure oltre l'orario di fine attività:	9
8.5.4 Indisponibilità momentanea di posto letto programmato in Tipo:.....	9
8.5.5 Sottoutilizzo di tempo operatorio in elezione:.....	9
9. Organizzazione dell'attività chirurgica in Urgenza/Emergenza	10
9.1 Gestione attività diurna feriale:	10
9.2 Gestione attività notturna e festiva:.....	10
9.3 Gestione imprevisti:.....	10
10. SICUREZZA IN SALA OPERATORIA.....	11
10.1 Gestione dei materiali e delle apparecchiature elettromedicali	12
10.2 Gestione degli Operatori	12

1. PREMESSA

Il Blocco Operatorio, grazie ai progressi della Medicina e della Chirurgia, è divenuto un sistema complesso. Il suo funzionamento dipende da diversi servizi della Struttura Sanitaria e il coordinamento di questi è essenziale, pertanto è necessaria un'organizzazione guidata da una

Governance con strumenti precisi. Efficienza e produttività sono elementi importanti nell'organizzazione del blocco operatorio per poter svolgere in modo ottimale l'attività programmata, utilizzando in modo razionale il materiale e le risorse umane disponibili. Una buona organizzazione consente una produzione di cure adeguata alla domanda e conferisce anche fiducia agli operatori sanitari che vi lavorano.

2. GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Profilo Professionale	Unità Operativa
Emanuela Zilli	Direttore	Direzione Sanitaria
Silvio Marafon	Direttore	UOC Anestesia e Rianimazione Arzignano
Sara Mondino	Direttore Medico	UOC Direzione Medica Arzignano Montecchio
Ernesto Zanetel	Dirigente Medico	UOC Direzione Medica Arzignano Montecchio
Cristiano Finco	Direttore	Dipartimento Strutturale Area Chirurgica Referente Aziendale della cabina di regia regionale per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato
Carlo De Cao	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio Arzignano Montecchio
Stefania Santolin	Coordinatore infermieristico	Gruppo Operatorio Valdagno

3. GLOSSARIO E ACRONIMI

- CC: coordinatore clinico infermieristico gruppo operatorio
- CA: Coordinatore infermieristico di Anestesia
- DMO: Direzione Medica Ospedaliera;
- GO: Gruppo Operatorio;
- MdG: Medico di Guardia
- MET: Medical Emergency Team;
- UOC: unità operativa complessa;
- UOS: unità operativa semplice;
- ORC: Operating Room Coordinator (dirigente medico anestesista)
- TOPOI: Terapia Osservazionale Post Operatoria

4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo di tale documento è il miglioramento continuo della quantità, qualità e sicurezza delle prestazioni chirurgiche erogate ed una costante attenzione al grado di efficacia-efficienza delle soluzioni adottate.

Il presente documento elenca e specifica l'insieme di regole/procedure connesse all'organizzazione dell'attività dei blocchi operatori del Distretto OVEST: Ospedali di Arzignano, Montecchio e Valdagno.

Vengono di seguito descritti:

- **composizione e funzione degli Organismi preposti alla programmazione e gestione delle attività operatorie**
- **ruolo e grado di responsabilità delle varie figure professionali coinvolte**

- **modalità di coordinamento e interazione necessarie all'ottimizzazione tanto dei percorsi chirurgici proposti quanto delle risorse disponibili.**

5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

La responsabilità dell'applicazione del presente documento è in carico a tutto il Personale Sanitario che opera all'interno degli Ospedali di Arzignano, Montecchio e Valdagno, a diverso titolo e ciascuno per la parte di propria competenza. Rispetto alle specifiche attività, si può descrivere la seguente matrice delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nel documento.

Attività	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Arzignano	Direttore UOC	Medico UOC	Coordinatore Infermieristico UOC
Diffusione Procedura ai Direttori di UOC	R	C	I	I
Diffusione Procedura ai Medici di UOC	I	R	C	C
Diffusione Procedura al Personale di comparto dell'UOC	I	C	C	R
Registro di prenotazione chirurgica	C	R	C	I
Regolamento del Gruppo Operatorio	R	C	C	C

Leggenda:

R = responsabile

C = coinvolto

I = informato

6. GRUPPO OPERATORIO (GO)

6.1 Composizione del Gruppo Operatorio

Il GO è un servizio interdisciplinare al quale accedono tutte le Specialità Chirurgiche ed Interventistiche presenti in Azienda.

Si compone di:

Blocco Operatorio Arzignano

6 Sale Operatorie (sale 1-2-3-4-5-6)

Blocco Operatorio Valdagno

5 Sale Operatorie (sale 1-2-3-4-5)

Sala Operatoria "Cesarei Urgenti" dell'UOC Ostetricia e Ginecologia

Blocco Operatorio Montecchio

4 Sale Operatorie (sale 1-2-3-4)

Al blocco operatorio di Arzignano afferiscono di norma le seguenti specialità:

- Chirurgia Generale
- Chirurgia Bariatrica
- Oculistica
- Chirurgia Pediatrica
- Ostetricia e Ginecologia
- Ortopedia
- Urologia

Al blocco operatorio di Valdagno afferiscono di norma le seguenti specialità:

- Chirurgia Generale
- Ostetricia e Ginecologia
- Neurochirurgia
- Odontostomatologia
- Otorinolaringoiatria
- Ortopedia
- Ostetricia e Ginecologia

Al blocco operatorio di Montecchio afferisce la specialità di Oculistica

6.2 Funzioni specifiche dell'ORC

L'ORC, operating room coordinator, è un dirigente medico di Anestesia e Rianimazione il quale:

- è responsabile del coordinamento delle attività
- interviene nella soluzione dei problemi quotidiani
- interviene nella gestione della conflittualità contingente
- monitora l'attività delle sale operatorie
- decide le priorità in caso di urgenze concomitanti

Presso il Presidio di Arzignano è identificato col Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione; in sua assenza con il Vicario se presente, o il Medico di Guardia di Anestesia.

Presso il Presidio di Valdagno è identificato col Responsabile dell'UOS di Anestesia e Rianimazione; in sua assenza col Medico di Guardia di Anestesia.

6.3 Funzioni specifiche del CC e del CA

- coordina lo svolgimento dell'attività assistenziale sia elettiva che in regime di Urgenza/Emergenza, collaborando con l'ORC
- pianifica i turni del Comparto, assegnando i diversi servizi sulla base di criteri di competenza e complessità assistenziale
- ottimizza l'assegnazione di Personale, materiali, apparecchiature biomediche per assicurare la continuità assistenziale, gestendo le criticità organizzative giornaliere
- individua i bisogni formativi e di addestramento del Personale in collaborazione con ORC e Direttore Anestesia e Rianimazione.
- il CC entro le ore 14 di ogni giorno feriale, valida le liste operatorie del giorno seguente assieme all'ORC
- interviene nella gestione del Magazzino
- il CC è referente per il Gruppo Operatorio del sistema informatico di registrazione interventi e utenti

7. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' ELETTIVA

7.1 Lista operatoria settimanale

La lista settimanale viene stilata dai Direttori di UOC su ORMAWEB e consegnata all'ORC e al CC **entro le ore 12.00 del mercoledì antecedente.**

La stessa lista viene discussa il giovedì con i Direttori delle varie Strutture Chirurgiche o loro delegati, evidenziando le criticità presenti e ricercando collegialmente la soluzione più idonea.

In quest'ambito vengono valutate eventuali modifiche delle sedute operatorie (giornata- ordine degli interventi) e/o compensazioni di attività laddove necessario. Le modifiche alla lista operatoria settimanale dovranno pervenire entro le ore 10 del giorno dopo, pena la mancata validazione della seduta. La seduta si riterrà non validata anche in caso di mancata presentazione del piano settimanale. Dopo la validazione, viene restituita alla segreteria di UOC. Nella riunione del giovedì vanno altresì comunicate con un anticipo minimo di 7 giorni le sedute operatorie non utilizzate, in modo di destinarle ad altre Strutture Chirurgiche sulla base delle esigenze di Lista d'attesa o di necessità contingenti.

Ai fini di una progressiva ottimizzazione delle liste operatorie, si rende necessaria una corretta compilazione su ORMAWEB di tutti i tempi operatori dalla chiamata del primo fino alla dimissione dell'ultimo Paziente della giornata.

7.2 Richiesta di assistenza anestesiologicala estemporanea

Le richieste di assistenza anestesiologicala per procedure estemporanee, di breve durata e in regime di elezione ordinaria (sedazioni/anestesia generale per endoscopie, CVE, TEE, RMN, ecc.) devono essere concordate con l'ORC in tempi congrui. La fascia oraria possibile è tra le 8.30 e le 11.30.

7.3 Richiesta di posto letto in Terapia Intensiva di Arzignano e in TOPOI a Valdagno

La richiesta di monitoraggio clinico post-operatorio in ambiente intensivo, deve essere fatta entro le ore 12:00 del mercoledì della settimana precedente,

AL mattino stesso dell'intervento deve essere verificata la disponibilità effettiva del posto letto da parte dell'anestesista di sala operatoria.

Per alcune Specialità Chirurgiche esiste una priorità di assegnazione posto letto, basata sullo storico dell'attività.

Questa priorità, così come l'ordine temporale di prenotazione, non costituiscono criterio assoluto.

I criteri principali nell'assegnazione dei posti letto in Terapia Intensiva e in TOPOI sono invece:

- condizioni cliniche del Paziente
- complessità dell'intervento chirurgico
- particolari esigenze organizzative (es intervento combinato con altre Specialità Chirurgiche)

7.4 Pianificazione giornaliera

Essendo possibili per necessità contingenti modifiche della programmazione giornaliera, la variazione deve essere aggiornata su ORMAWEB e deve essere inviata entro le ore 12:00 del giorno precedente all'ORC e al CC. Le variazioni che interessino il lunedì devono essere inviate entro le ore 12:00 del venerdì precedente.

Appena validata la lista, verrà restituita alla segreteria dell'UOC. In caso di modifiche del piano giornaliero che si rendessero necessarie per urgenze intervenute durante la notte o nei giorni festivi dovranno essere tempestivamente comunicate all'Anestesista di turno, che provvederà a modificare di conseguenza il piano stesso.

8. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA IN ELEZIONE

8.1 Inizio delle attività:

- ore 7.30-7.40: inizio attività del Personale del Comparto e arrivo 1° Paziente **senza che si attenda la chiamata da parte del Personale del GO**. Solo nel caso di Pazienti non collaboranti o pediatrici la chiamata viene concordata con il Personale di Sala Operatoria.
- ore 7.40-8.00: controllo documentazione, posizionamento accesso venoso, inizio monitoraggio.
- ore 8.00-8.15 fine compilazione check List SIGN IN con la presenza di tutta l'Equipe compreso il Chirurgo, somministrazione dell'antibiotico se previsto e inizio anestesia.

8.2 Fine attività:

Sala mattutina:

- *entro ore 14:00: termine seduta ordinaria*

Il chirurgo dovrà comunicare con adeguato anticipo al resto dell'equipe l'orario presunto di termine di ciascun intervento chirurgico. Non appena il chirurgo comunicherà l'ora all'anestesista di sala, questi provvederà ad avvisare il nurse di anestesia (o l'infermiere di sala) che contatterà telefonicamente il reparto di provenienza del paziente, specificando i dati identificativi del paziente successivo e l'intervento chirurgico programmato. Il nurse (o l'infermiere di sala) deve premurarsi che sia identificabile la persona che risponde al telefono. Il chirurgo, al termine di ciascun intervento, deve garantire la corretta continuazione del programma operatorio, assicurando la sua presenza in sala operatoria o quella del collega che effettuerà l'intervento successivo. Alla fine dell'intervento chirurgico, l'anestesista di sala, che ha in carico il paziente, deciderà il suo percorso successivo: invio diretto all'UOC di degenza, permanenza temporanea in presala o invio alla Terapia Intensiva o alla TOPOI. In quest'ultimo caso, il chirurgo dovrà fornire all'anestesista tutte le informazioni necessarie per la gestione postoperatoria del paziente.

8.3 Formazione sul campo:

Si ritiene l'addestramento sul campo requisito essenziale per la sicurezza di Pazienti/Operatori e per garantire la continuità assistenziale stante l'elevato turn-over di Personale.

Questo vale per ogni figura coinvolta: Chirurgo, Anestesista, Strumentista, Nurse e Operatori socio-sanitari.

Qualora l'addestramento, per improrogabili necessità di Reparto o di Comparto, debba essere necessariamente intensivo, si raccomanda di:

- programmare liste settimanali e giornaliere adeguate, per evitare uno sfioramento orario sistematico
- considerare il subentro dell'Operatore più esperto, quando si ravvisa che la procedura eccede il tempo stimato nella programmazione
- evitare l'inserimento dell'addestramento nella parte finale della giornata, in particolare nell'intervento prossimo al tempo di fine attività.

8.4 Iter post-operatorio:

Al termine della procedura, il Paziente viene avviato ad uno dei seguenti percorsi:

- autonomizzazione, stazionamento in pre-Sala e invio nel reparto di degenza

- trasferimento in Terapia Intensiva o in TOPOI, quando confermata la necessità, cercando di risparmiarne il ricorso ogni qualvolta evoluzione della procedura e condizioni cliniche del Paziente, lo permettano.
- stazionamento in Sala Operatoria quando:
 - il posto letto in ambiente intensivo già programmato non sia immediatamente disponibile
 - posto letto intensivo non previsto ma ne sorga la necessità durante l'intervento e ne venga disposto il ricorso dal comune accordo tra Primo Operatore chirurgico e Anestesista di Sala Operatoria

Il trasferimento del Paziente dalla Sala Operatoria verso Strutture Intensive viene gestito dal Medico Anestesista e da almeno un Infermiere

Il tipo di monitoraggio, clinico o strumentale, è deciso dall'Anestesista in funzione di fattori clinici e logistici contestuali.

Al momento della dimissione dalla Sala Operatoria, il Paziente deve essere in possesso di:

- atto operatorio
- cartella anestesiológica intra-operatoria
- indicazioni del Chirurgo e dell'Anestesista sul decorso post-operatorio
- cartella di sicurezza del Paziente in Sala Operatoria

8.5 Gestione imprevisti in attività elettiva

8.5.1 Malfunzionamento apparecchiature elettromedicali:

Comunicazione con CC e CA (in base alla tipologia dell'apparecchiatura malfunzionante)

Azioni in ordine di priorità:

- sostituzione con apparecchiatura che garantisca un livello di prestazioni simile o adeguato
- variazione dell'ordine giornaliero degli interventi, se possibile intervento di manutenzione immediato
- riprogrammazione dell'intervento nella propria Sala
- in caso di malfunzionamento improvviso ad intervento in corso, Primo Operatore Chirurgo, Anestesista e assumono sotto la propria responsabilità, dopo condivisione collegiale, le decisioni del caso:
 - prosecuzione dell'intervento mediante adozione di metodiche terapeutiche e diagnostiche differenti
 - prosecuzione dell'intervento mediante adozione di apparecchiature con prestazioni ridotte o non ottimali
 - sospensione dell'intervento e riprogrammazione

8.5.2 Assenza non programmata di Anestesista o Personale Infermieristico:

- comunicazione con CC e/o CA e Direttore
- attivazione dei meccanismi compenso:
 - riassegnazione del Personale in servizio
 - ricerca di Personale disponibile ma non in servizio
 - recupero di Personale da altri servizi (Secondo medico della Rianimazione)

CC e CA possono ricoprire mansioni cliniche solo in caso di fallimento dei tentativi precedenti di compensazione, di necessità acuta e allo scopo di non ridurre l'attività programmata, scegliendo il tipo di servizio che permetta loro di mantenere o rientrare quanto prima possibile nella originaria funzione di coordinamento.

8.5.3 Prolungamento delle procedure oltre l'orario di fine attività:

- Entro le ore 13 l'anestesista della Sala comunica al ORC e al CC il possibile prolungamento dopo le ore 14 dell'intervento.
- Se alle 14.00 c'è un intervento in corso, la prosecuzione dell'attività sarà garantita mediante impiego del Personale deputato alle Urgenze.
- Se intervento non in atto, ma in presenza di lista operatoria adeguata e approvata, il recupero dell'intervento può essere fatto in prolungamento della seduta al pomeriggio stesso, compatibilmente con le urgenze. oppure la mattina successiva
- Nel caso in cui l'attività di possibile recupero interessi più Specialità Chirurgiche, dopo confronto tra CC e Direttori (o loro Delegato) delle varie Strutture Chirurgiche, la precedenza verrà accordata in base a:
 - condizioni cliniche del Paziente
 - complessità dell'intervento chirurgico
 - particolari esigenze organizzative (es intervento combinato)
 - numero di giorni di degenza pre-operatoria

8.5.4 Indisponibilità momentanea di posto letto programmato in Terapia intensiva o in TOPOI:

- comunicazione all'ORC, CC prima dell'inizio dell'intervento che si coordina con Responsabile di Terapia Intensiva
- proposta di variazione ordine giornaliero degli interventi se posto Tipo disponibile entro poche ore ed in tempo utile prima del termine attività
- riprogrammazione dell'intervento il giorno successivo o quando possibile per disponibilità di posto letto intensivo

8.5.5 Sottoutilizzo di tempo operatorio in elezione:

Nel caso in cui una Sala Operatoria termini la propria attività elettiva in anticipo rispetto al programma originale, l'Anestesista lo comunica al ORC e CC, per una eventuale riorganizzazione degli interventi.

9. Organizzazione dell'attività chirurgica in Urgenza/Emergenza

9.1 Gestione attività diurna feriale:

Il consenso all'accesso al GO per gli interventi in urgenza ed emergenza spetta all'ORC o in sua assenza al MdG. Tutti gli interventi chirurgici in regime di urgenza ed emergenza devono essere assegnati, da parte del chirurgo che richiama la sala, ad una delle seguenti classi:

- CLASSE 1: EMERGENTE. Pazienti in pericolo di vita; intervento salva-organo o arto
- CLASSE 2: URGENTE. Pazienti con patologie ad esordio acuto con possibile compromissione della vita, di un organo o di un arto
- CLASSE 3: PROCASTINABILE. Paziente stabile che richiede di essere sottoposto ad intervento in tempi brevi (entro qualche giorno) per patologie senza immediato pericolo di vita e/o di perdita di organo o di arto

In caso di emergenza/urgenza, il chirurgo contatta il medico anestesista di guardia riferendo le condizioni cliniche del paziente e classe di appartenenza. In base alla classe di appartenenza e alla disponibilità di sale operatorie libere e di personale a disposizione il medico anestesista di guardia (o suo sostituto) concorderà l'orario di inizio e la sala in cui si svolgerà l'intervento chirurgico. Egli (o suo sostituto) avrà il compito di gestire gli eventuali conflitti e di assumere le decisioni ritenute più opportune, dopo aver sentito i chirurghi. Per ogni urgenza effettuata al di fuori dell'orario di normale programmazione della sala, il Chirurgo che ha concordato l'intervento in emergenza/urgenza dovrà compilare il modulo U in ogni sua parte e consegnarlo all'ORC, che lo completerà per la parte di sua competenza, in particolare per quanto riguarda la validazione della classe di appartenenza. In caso di emergenza, il modulo potrà essere compilato a posteriori, ma comunque entro il giorno successivo all'intervento chirurgico.

9.2 Gestione attività notturna e festiva:

L'attività di urgenza-emergenza notturna e festiva viene garantita dal MdG di Anestesia.

Nel caso di richiesta di intervento urgente il chirurgo, dopo aver concordato l'orario di inizio dell'intervento con l'anestesista, attiva il personale reperibile attraverso la portineria. Il personale reperibile sarà attivato comunicando l'orario di inizio della seduta urgente.

9.3 Gestione imprevisti:

Qualora sopraggiungano imprevisti sia di natura procedurale che organizzativa va coinvolto nell'ordine il CC e/o il CA e il Direttore di Anestesia e Rianimazione.

Nel caso in cui il Direttore non sia presente in servizio, così come durante i turni festivi e notturni, va coinvolto il MdG di Anestesia.

In caso di problemi gravi sarà valutato se vanno interpellati telefonicamente il Direttore e le SS per le azioni da intraprendere.

10. SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Rispetto ad altri settori, la sicurezza in Sala Operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici:

- numero di Persone e professionalità coinvolte;
- condizioni acute dei Pazienti;
- quantità di informazioni richieste;
- urgenza con cui i processi devono essere eseguiti;
- elevato livello tecnologico;
- molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai Pazienti: es. identificazione del Paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, adeguato posizionamento sul letto operatorio, necessità trasfusionale ecc.

Nell'ottobre del 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria che propone l'adozione delle raccomandazioni e della checklist elaborate dall'OMS nell'ambito del programma Safe Surgery Saves Lives. Le Raccomandazioni contenute nel Manuale citato sono riferite ai 16 obiettivi specifici che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei Pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS Guidelines for Safe Surgery con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

La Checklist contenente 20 item è stata implementata quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out) e prevede alcuni controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare (✓) dopo l'avvenuto controllo.

Premesso quanto sopra il percorso di sicurezza del Paziente in Sala Operatoria, viene articolato come segue:

- **Mini Checklist:** viene eseguita e firmata dal Coordinatore Infermieristico del Reparto di degenza o da suo Delegato.
- All'arrivo in Sala Operatoria, **presa in consegna** del Paziente dal Nurse di anestesia che controlla l'esecuzione precedente della Mini Check list e la documentazione generale del Paziente (cartella clinica, Scheda Anestesiologica, consensi chirurgico ed anestesiologico). In caso di rilievo di errore o di documentazione incompleta, il percorso del Paziente viene sospeso fino a completa risoluzione del problema.

- Check list (Sign In): iniziata prima dell'induzione dell'Anestesia e richiede la presenza di tutti i componenti dell'Equipe
- Check list (Time Out): eseguita prima dell'incisione chirurgica da parte di tutta L'Equipe
- Compilazione su Ormaweb delle **tempistiche di Sala Operatoria** da parte dell'infermiere di sala o del Nurse di Anestesia in accordo con l'Anestesista; Il tempo di incisione e di fine sutura devono essere dichiarati dal Primo Operatore chirurgico
- Validazione infermieristica, anestesiologicala e chirurgica della **scheda Paziente presente in Ormaweb**
- Compilazione completa della **Scheda di Anestesia**
- Compilazione dell'**Atto Operatorio**
- Compilazione delle **schede conteggio garze e strumenti, tracciabilità materiale impiantabile e sterile** ad opera dello strumentista con la collaborazione dell'Infermiere di Sala. (allegato 9)
- Compilazione finale della **Check list** (Sign Out) ad opera del Nurse di Anestesia in collaborazione con tutto il Personale di Sala Operatoria

Mini checklist, Scheda di anestesia, Checklist, Atto operatorio, Schede di conteggio garze e strumenti, tracciabilità materiale impiantabile e sterile, costituiscono assieme la **Cartella di Sicurezza del Paziente** che va allegata alla Cartella Clinica di cui è parte integrante

10.1 Gestione dei materiali e delle apparecchiature elettromedicali

Ai fini del mantenimento in sicurezza ed efficienza del parco tecnologico e per minimizzare i rischi possibili per i Pazienti, si indicano di seguito alcune azioni importanti che devono essere messe in atto all'interno dei Blocchi Operatori: ogni giorno, prima dell'inizio attività, il Personale verifica secondo Check List i dispositivi presenti e necessari per l'intervento.

Le anomalie eventualmente riscontrate vanno segnalate al CC o al CA di pertinenza per l'attivazione della richiesta di manutenzione/intervento da parte del S.S. Ingegneria Clinica.

Ogni giorno, prima della chiusura della Sala, il Personale verifica il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature elettromedicali impiegate. Le anomalie eventualmente riscontrate vanno segnalate al CC o al CA di pertinenza per l'attivazione della richiesta di manutenzione/intervento da parte del S.S. Ingegneria Clinica

- Gli interventi di manutenzione programmata/riparazione vanno eseguiti nei momenti in cui la Sala Operatoria non è attiva
- Il piano annuale delle manutenzioni e delle verifiche predisposto dal S.S. Ingegneria Clinica deve essere condiviso in tempo utile con i Direttori (o loro Delegato) delle varie Unità Operative per consentire un'adeguata programmazione mensile delle attività e l'ottimizzazione delle liste operatorie settimanali.
- E' consentito l'uso dei soli sistemi medicali e non, compresi quelli in prova, che abbiano ricevuto l'approvazione dal S.S. Ingegneria Clinica
- Le apparecchiature devono essere impiegate secondo le modalità e limiti previsti dal costruttore e contenuti nel manuale di utilizzazione
- Il Personale che chiude la SO deve considerarsi responsabile di anomalie non segnalate.

10.2 Gestione degli Operatori

Nelle attività lavorative svolte presso le Sale Operatorie si riconoscono i seguenti principali rischi:

- Rischio sicurezza (scivolamento, caduta, urto, ustione, taglio, ecc...)
- Rischio movimentazione carichi e posture inadeguate
- Rischio chimico
- Rischio anestetici aeriformi
- Rischio da agenti biologici

- Rischio stress da lavoro
- Rischio incendio
- Rischio di interferenza da Personale non sanitario

Si raccomanda la partecipazione di tutto il Personale ai relativi Corsi Aziendali di Formazione ed Addestramento, l'applicazione degli insegnamenti trasmessi e riportati nei documenti presenti sulla rete intranet aziendale.

Si raccomanda inoltre di prendere visione della modalità di segnalazione infortunio sul posto di lavoro utilizzando la procedura consultabile su sito Intranet alla pagina:

SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO >>>> SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA AZIENDALE AULSS 8 BERICA >>>> GESTIONE DEGLI INFORTUNI, DELLE MALATTIE PROFESSIONALI, DEGLI INCIDENTI E COMPORTAMENTI PROFESSIONALI.