



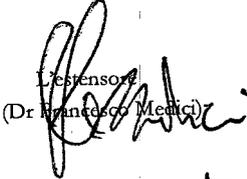
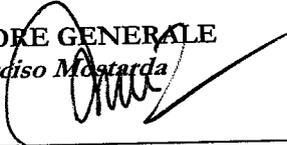
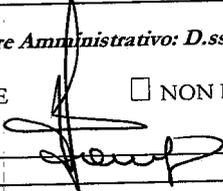
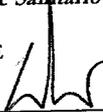
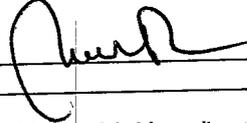
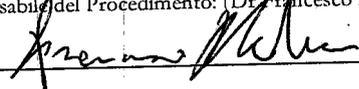
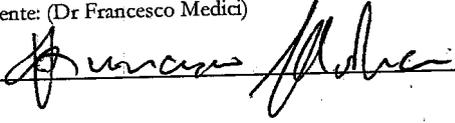
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE N. 1519 DEL 10 OTT. 2022

Struttura proponente: UOSD Gestione Blocchi operatori e Preospedalizz. centralizzata -Centro di Costo: S0DS21JD1S	
Codice settore proponente: BODG 02/22	del 3/10/2022
Oggetto: Adozione della Procedura Aziendale : " Regolamento generale delle camere operatorie aziendali"	
<p>Esponente (Dr. Francesco Medici)</p> 	<p>IL DIRETTORE GENERALE Dr. Nardiso Mostarda</p> 
<p>Parere del Direttore Amministrativo: D.ssa Paola Longo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Firma  _____</p> <p>Data 10.10.2022</p>	
<p>Parere del Direttore Sanitario f.f.: D.ssa Cesira Natalina Piscioneri</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Firma  _____</p> <p>Data 10.10.2022</p>	
<p>Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.</p> <p>Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo: Presà Visione</p> <p>Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale: Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - D.ssa Miriam Piccini</p> <p>Firma  _____</p> <p>Data 10/10/2022</p>	
<p>Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.</p> <p>Responsabile del Procedimento: (Dr. Francesco Medici)</p> <p>Firma  _____</p> <p>Data 03/10/2022</p> <p>Il Dirigente: (Dr. Francesco Medici)</p> <p>Firma  _____</p> <p>Data 03/10/2022</p>	

**IL DIRETTORE UOSD GESTIONE BLOCCHI OPERATORI E
PREOSPEDALIZZAZIONE CENTRALIZZATA**

- VISTA** la deliberazione aziendale n. 1548 del 15/11/2021 recante per oggetto <<Affidamento dell'incarico dirigenziale di direttore di struttura semplice dipartimentale "Gestione blocchi operatori e Preospedalizzazione centralizzata" nell'ambito della Direzione Sanitaria aziendale - 'Area di Coordinamento ed integrazione delle risorse al Dott. Francesco Medici>>;
- VISTI**
- la legge 23 dicembre 1978 n. 833 e successive modificazioni ed integrazioni (s.m.i.);
 - il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
 - la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni - istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- VISTO**
- il DL 229/99 recante per oggetto "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 Novembre 1998, n. 419";
 - il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);
- VISTO** l'Atto di rettifica dell'Atto Repertorio n. 98/CSR del 5 Agosto 2014 "Intesa sullo schema di decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n.95 convertito, con modificazioni della legge 7 Agosto 2012, n. 135. Repertorio Atti n. 198/CSR del 13/01/2015;
- VISTI**
- il Decreto del presidente in qualità di commissario ad Acta n. 412/2014 recante oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio (Decreti del commissario ad acta n. U00247/2014);
 - il Decreto del Commissario ad Acta 5 luglio 2017, n. U00257 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";
 - la determina n. G11271/2020 "Linee di indirizzo regionali per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura";
- VISTI** -"Patto per la salute 2019-2021", 19/207/SR08/C7 INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE IL

PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021;

-“Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015” approvato con Del. 5 novembre 2014, n. 91;

VISTA

la determina regionale n. G11271 del 01/10/2020 : Recepimento dell'“Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Rep. atto n. 100/CSR) ed approvazione del documento regionale "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura";

PREMESSO

che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 “Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida” viene prescritto che “Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale”;

DATO ATTO

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che “In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico - assistenziali”;

CONSIDERATO

che alla luce del quadro normativo e assistenziale vigente, si rende necessario individuare alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di diagnosi e cura, favorire percorsi che garantiscono al paziente uniformità di risposte e delineare le strategie generali e specifiche per la realizzazione di ciascun obiettivo;

RITENUTO

necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini una procedura mirata alla Regolamentazione generale delle camere operatorie aziendali;

CONSIDERATO

che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro per la definizione di un Regolamento generale delle camere operatorie aziendali che ha elaborato una proposta di procedura con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti in questo percorso di cura e salute dei cittadini;

CONSIDERATO

che il la procedura è stata sottoposto a verifica, con esito positivo, da parte del Responsabile Aziendale per la Qualità;

RITENUTO

opportuno approvare l'allegato “Regolamento generale delle camere operatorie aziendali”;

RITENUTO

opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;

VERIFICATO

che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare la procedura aziendale "Regolamento generale delle camere operatorie aziendali" di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la Procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

**IL DIRETTORE UOSD GESTIONE BLOCCHI OPERATORI E
PREOSPITALIZZAZIONE CENTRALIZZATA**
(Dott. Francesco Medici)

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione della Procedura Aziendale : "Regolamento generale delle camere operatorie aziendali" presentata dal Direttore UOSD Gestione blocchi operatori e preospedalizzazione centralizzata;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare la procedura aziendale "Regolamento generale delle camere operatorie aziendali" di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la Procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

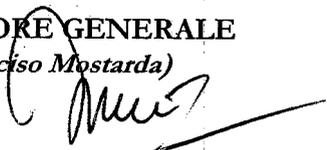
La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 116 pagine di cui n. 110 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Narciso Mostarda)





Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 1 di 110

	Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento				
	Antonio Silvestri	Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	Medico	02/10/22	
	Marco Mastrucci	Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	CPSI	03/10/22	
	Coordinatore: Francesco Medici	UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata	Medico	02/10/22	
	Componenti:				
	Luciano Alessandrini	UOC Chirurgia	Medico	07/10/22	
	Assunta Caiazza	UOC Farmacia	Farmacista	06/10/22	
	Paola Cervone	UOC Ginecologia	Medico	11/10/22	
	Elena Compagnucci	UOC Farmacia	Farmacista	06/10/22	
	Corrado Contarini	CC.OO. Ostetricia e Ginecologica	CPSIE	5/10/22	
	Carlo Contento	UOC Cardiocirurgia	CPSE Tecnico Perfusionista	08/10/22	
	Paola Fanelli	CC.OO. Ostetricia e Ginecologia	CPSI	5/10/22	
	Sergio Fortunati	Centrale di sterilizzazione	CPSIE	4/10/22	
Lucilla Luzzi	SIO	CPSIE	6/10/22		



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**
Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 2 di 110

Lucia Mauro	CC.OO. BOE	CPSIE	7/10/22	[Signature]
Anna Miani	UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera	Medico	6/10/22	[Signature]
Anna Maria Mondini	CC.OO. Polispecialistico/POIT	CPSIE	07/10/22	[Signature]
Carlo Onorati	CC.OO. DEA	CPSIE	7/10/22	[Signature]
Enrico Pampana	UOC Neuroradiologia	Medico	7/10/22	[Signature]
Marcella Pisanelli	CC.OO. Lancisi	CPSIE	7/10/22	[Signature]
Antonio Prestanicola	UOSD Ingegneria Clinica	Ingegnere	7/10/22	[Signature]
Federico Ranocchi	UOC Cardiocirurgia	Medico	05/10/22	[Signature]
Maria Beatrice Rondinelli	UOS Preparazione del paziente con Rischio Emotrasfusione - PBM	Medico	7/10/22	[Signature]
Salvatore Scali	UOC Cardiocirurgia	TFPCPC	3/10/22	[Signature]
Andrea Scotti	UOC Chirurgia Generale e dei Trapianti d'Organo	Medico	6/10/22	[Signature]
Loretta Tessitore	UOC Anestesia e Rianimazione	Medico	6/10/22	[Signature]
Tiziana Venturin	CC.OO. Cardiocirurgia	CPSIE	6/10/22	[Signature]



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 3 di 110

Hanno contribuito alla stesura del Regolamento:

Il direttore delle UOC Anestesia e rianimazione dell'ospedale Belcolle (ASL RM5) Mattia Mastrojanni

DIRETTORE**DISCIPLINA**

Gianluca Bellocchi	Dipartimento Testa-Collo UOC Otorinolaringoiatria
Andrea Brunori (Direttore sostituto)	UOC Neurochirurgia
Roberto Cianni	UOC Radiologia Interventistica
Emiliano Cingolani	UOSD Shock e Trauma
Emilio D'Avino	UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
Livia Di Bernardo	UOSD Formazione-SIO- Governo Clinico
Giuseppe Maria Ettore	Dipartimento Interaziendale Trapianti UOC Chirurgia Generale e dei Trapianti d'organo
Pierluigi Marini	Dipartimento DEA UOC Chirurgia Generale, D'urgenza e delle nuove tecnologie
Cinzia Monaco	UOC Farmacia
Francesco Musumeci	Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare UOC Cardiochirurgia
Luca Pierelli	UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali
Cesira Piscioneri	UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera
Maria Giovanna Salerno	Dipartimento Materno-Infantile UOC Ostetricia e Ginecologia
Antonio Silvestri	UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management
Luigi Tritapepe	UOC Anestesia e Rianimazione

POSIZIONE ORGANIZZATIVA ASSISTENZIALE DI.PRO.

Francesco Cuomo	Dipartimento Testa Collo e Neuroscienze
Roberta Delle Fratte	Dipartimento Donna Bambino
Claudia Lorenzetti	Strutture e servizi afferenti alla Direzione Sanitaria
Mario Rinaldi	Servizio Logistico Trasporti
Claudia Torretta	Dipartimento Cardio Toraco Vascolare



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 4 di 110

VERIFICA	Responsabile Aziendale per la Qualità Dott. Antonio Silvestri	6/10/2022	
APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie	07-10-2022	
	Dott.ssa Cesira Natalina Piscioneri Direttore Sanitario Aziendale f.f.	07-10-22	
VALIDAZIONE	Dott. Narciso Mostarda Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale della redazione e delle modifiche	Codifica
01	03/10/2022	Revisione	a cura del RAQ

Trasmesso il:	Codificato il:	Distribuito il:
29/09/2022	03/10/2022	

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 5 di 110

INDICE

	Pag.
1. PREMESSA	8
2. SCOPO	11
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	12
3.1 Strutture coinvolte	17
4. RIFERIMENTI	19
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	20
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO	22
6.1 Interventi in elezione	22
6.2 Interventi in urgenza	23
6.3 Registro operatorio informatizzato	24
6.4 Prelievo multiorgano presso A.O. San Camillo Forlanini	25
6.5 Trapianto di Fegato	26
6.6 Trapianto di Rene e Rene-Pancreas	27
7. MODALITA' ESECUTIVE	28
7.1 Principi generali	28
7.2 Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica "GAPAC" ...	29
7.2.1 Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC)	30
7.2.2 Programmazione della lista operatoria	31
7.2.3 Programma di miglioramento "Audit & Feedback"	31
7.2.4 Audit risk calculator (SIPC) sostituisce Indicatori di rischio chirurgico	34
7.3 Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"	34
7.3.1 Liste operatorie	35
7.4 Caratteristiche sale operatorie	36
7.4.1 Sala Robot	38
7.4.2 Sala Gastro	38
7.4.3 Sala Ibrida	39
7.4.4 Radiologia Interventistica	40
7.4.5 Neuroradiologia Interventistica	40
7.4.6 Ambulatori Piastra	40



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 6 di 110

7.4.6.1	Salette operatorie ambulatorio Piastra	40
7.5	PACU Post Anesthesia Care Unit	41
7.6	Centrali di sterilizzazione	44
7.7	Registro sala operatorio informatizzato	45
7.7.1	Processo Informatico	45
7.7.1.1	Comunicazione ricoveri ADT-SIS4Care	45
7.7.1.2	Creazione nuovo evento chirurgico su lista operatoria ...	46
7.7.1.3	Compilazione delle sezioni di registro operatorio	47
7.7.2	Lista operatoria	48
7.7.3	Cruscotto direzionale	50
7.8	Procedure/Disposizioni operative	51
7.8.1	Elezione	52
7.8.1.1	Lista Operatoria settimanale	54
7.8.1.2	Lista Operatoria Giornaliera	54
7.8.2	Emergenza/Urgenza	55
7.8.3	Orario attività	58
7.8.4	Svolgimento delle sedute operatorie	61
7.9	Recupero sangue	65
7.10	Check list	67
7.11	Procedure per trapianto d'organo/prelievo d'organo	67
7.11.1	Prelievo (multiorgano) presso A.O. San Camillo Forlanini	67
7.11.2	Trapianto di Fegato	68
7.11.3	Prelievo di Rene (Multiorgano) presso A.O. San Camillo Forlanini ...	69
7.11.4	Trapianto di Rene	69
7.11.5	Prelievo di Rene-Pancreas (Multiorgano) presso A.O. San Camillo Forlanini	70
7.11.6	Trapianto di Rene-Pancreas	70
7.11.7	Trapianto di Cuore	71
7.12	Procedura per pazienti con infezione da SARS-CoV-2	72
7.13	Approvvigionamento farmaci e Dispositivi Medici	73
7.13.1	Farmaci e Dispositivi Medici con consegne settimanali	73



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 7 di 110

7.13.2	Dispositivi Medici specialistici e dispositivi medici protesici impiantabili anche attivi	73
7.14	Trasporti interni ed esterni	73
7.15	Regolamento accesso alle sale operatorie di personale non aziendale	75
7.16	Riprese video	78
7.17	Norme comportamentali	78
7.18	Abbigliamento all'interno del Blocco Operatorio	79
8.	RESPONSABILITA'	80
9.	DOCUMENTAZIONE	81
10.	ARCHIVIAZIONE	81
11.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	81
12.	CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE.....	81
13.	ALLEGATI	84
13.1	Format modulistica aziendale lista operatoria	85
13.2	Format attribuzione sale operatorie	86
13.3	Formazione Registro Operatorio	88
13.4	Recupero Perioperatorio del Sangue n. PSQST126	93
13.5	MOD01 PSTSQ 126	101
13.6	MOD02PSQST126	102
13.7	Procedura Numero 04: "GESTIONE RICHIESTE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI CON CONSEGNA SETTIMANALI"	103
13.8	Procedura Numero 12:" GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI SENZA SISTEMA RFID"	104
13.9	Procedura Numero. 13:" GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CON SISTEMA RFID"	106
13.10	Procedura Numero. 13A: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI GESTITI CON SISTEMA RFID"	109
13.11	Calendario consegne Camere Operatorie	110



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 8 di 110

1. PREMESSA

Il Regolamento Generale delle attività chirurgiche è redatto facendo riferimento agli studi recenti sull'uso e l'organizzazione delle Sale Operatorie e sulla base dell'attuale scenario strutturale ed organizzativo dell'Azienda, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'economicità di impiego.

L'attuale regolamento sostituisce ed integra il regolamento aziendale oggi in essere (delibera 975 del 18 luglio 2017) anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle nuove sale operatorie del reparto Lancisi e la nuova centrale di sterilizzazione.

Analisi dell'esistente

Le Sale Operatorie sono il punto nevralgico dell'Ospedale che ospitano quotidianamente attività complesse, di alta specializzazione, a rischio elevato e a forte impatto economico e di immagine, che necessitano di una programmazione accurata. L'evoluzione organizzativa dell'ospedale ha comportato una convergenza centralizzata delle attività chirurgiche che vedono fulcro nel Blocco Operatorio Elettivo (BOE) e nel Blocco Operatorio Urgenze (DEA), ubicati entrambi presso il padiglione Piastra dell'Ospedale San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF).

Ulteriori specialità chirurgiche non sono state coinvolte nel processo di accentramento e hanno mantenuto autonomia strutturale, essendo ospitate presso altri padiglioni limitrofi alla Piastra e collegati strutturalmente a questa (Blocco Operatorio Neurochirurgico e Oculistico presso il Padiglione Lancisi ed il Blocco Operatorio Puddu).

Altre specialità chirurgiche vengono espletate in Blocchi Operatori situati nei Padiglioni limitrofi alla Piastra attualmente non collegati strutturalmente (ma collegabili) alla Piastra Centrale (Blocco Operatorio di Ginecologia-Ostetricia e Camera Operatoria DH L.194).

Sono altresì presenti Poli Chirurgici Ambulatoriali dislocati presso il padiglione Piastra con funzioni multispecialistiche (2 salette interventistiche) e presso il Padiglione Morgagni con funzione monospecialistica di Oculistica (2 salette interventistiche). Si ritiene opportuno, per completezza, menzionare il Blocco Operatorio del Dipartimento Interaziendale Trapianti POIT, costituito da due sale operatorie allocate presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" IRCCS, la cui gestione medica e infermieristica è in capo ad operatori dell'AOSCF.

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

La traduzione degli obiettivi nelle attività chirurgiche si esplica in primis nell'assegnazione delle sedute operatorie (spazi e tempi operatori) alle singole UO/Specialità Chirurgiche e, a seguire, nell'espletamento degli interventi chirurgici programmati mediante le Liste Operatorie.

Le Liste Operatorie (mensili, settimanali e giornaliere) rappresentano il passaggio dei pazienti dalle Lista di Attesa alle Sale Operatorie previa attuazione dei protocolli di Pre-Ospedalizzazione e/o il Ricovero (DS, ODS, Ordinario).

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

- A. grado di priorità clinica;
- B. durata dell'attesa.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 9 di 110

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

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

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

Nell'attuale situazione sono state registrate nella nostra Azienda delle **Criticità maggiori** che producono un uso delle risorse non correlato con la produzione finale.

Le maggiori criticità che conducono nell'attuale situazione di non ottimale uso delle risorse assegnate con conseguenti riduzione della produzione di prestazioni assistenziali rispetto alle teoriche dovute sono riferibili a delle disfunzioni indicate di seguito a titolo indicativo e non esaustivo:

- ritardi dell'arrivo dei pazienti al blocco operatorio (sia per trasporti su ruota che su barella);
- ritardi dell'arrivo degli anestesisti;
- ritardi dell'arrivo dei chirurghi;
- aggiunte estemporanee alla lista operatoria;
- pressioni per avere il primo intervento della seduta operatoria;
- buchi nella lista operatoria per non disponibilità dei pazienti a vario titolo o di apparecchiature, presidi o figure professionali;
- documentazione dei pazienti incompleta;
- lunghi e tempi di ripristino della sala operatoria tra interventi successivi;
- sforamenti dell'orario di termine degli interventi a fine seduta;
- variazione delle liste operatorie dopo il tempo previsto

Una delle funzioni del presente Regolamento, in questa fase, è porre un limite alle criticità sopra elencate ed ottimizzare i tempi di utilizzo delle Sale Operatorie rispetto alle prestazioni chirurgiche, eliminando prioritariamente i tempi di inutilizzo e, secondariamente, intervenendo sui tempi migliorabili con correttivi adeguati.

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

I Direttori delle UU.OO. Chirurgiche ai fini della redazione delle LO possono avvalersi delle competenze di terze figure professionali:

- il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria, incaricato dell'organizzazione complessiva delle Sale Operatorie;
- il Direttore Anestesista di riferimento;
- i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori.



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 10 di 110

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

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

La sua funzione è di responsabilità nell'uso di tutte le Sale Operatorie, nel rispetto dei principi generali sin qui indicati.

Tuttavia, l'aspetto principale della sua funzione non è quella di "controller" ma quella di "facilitatore" delle attività, che potrà esercitare in virtù della sua conoscenza dei processi operatori e delle problematiche gestionali, in relazione alle quali potrà intervenire a livello decisionale con autorevolezza.

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

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

- a) il Direttore di Dipartimento DEA;
- b) il Direttore di Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
- c) il Direttore di Dipartimento Testa-Collo;
- d) il Direttore di Dipartimento Materno-Infantile;
- e) il Direttore di Dipartimento Interdipartimentale Trapianti;
- f) il Direttore di UO di Anestesia e Rianimazione;
- g) il Direttore di UO di Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare;
- h) il Responsabile UOSD Shock e Trauma;
- i) il Responsabile UOSD Gestione Blocchi Operatori;
- j) il Responsabile SIO;
- k) le PP.OO. Infermieristiche coinvolte;
- l) il Dirigente Medico UO Medicina Trasfusionale;
- m) il Dirigente Medico Coordinatore di Direzione Sanitaria;

Al Comitato competono le seguenti funzioni di rilevante importanza:

- consulenza e riferimento in ordine alle problematiche organizzative per il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria, incaricato dell'organizzazione complessiva delle Sale Operatorie;

Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 11 di 110

- valutazione del monitoraggio delle attività chirurgiche operatorie, in relazione al Regolamento, anche al fine di rimodulare gli SLOT operatori in relazione al monitoraggio degli indicatori di attività;
- consulenza e formulazione di proposte gestionali/operative per la Direzione Aziendale;
- riferimento tecnico - funzionale - organizzativo in corso di audit.

2. SCOPO

Il presente regolamento di organizzazione delle camere operatorie dell'AOSCF prende in considerazione i differenti percorsi clinico-assistenziali peculiari delle diverse discipline e, in ottemperanza di quanto previsto dalla Determinazione della Regione Lazio n. G11271 DEL 01/10/2020, ha lo scopo di:

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

Il valore economico della risorsa "sala operatoria" è uno dei più onerosi per l'Azienda. Per tale motivo, una gestione corretta ed efficiente consente di orientare le performance assistenziali nel miglioramento della qualità assistenziale e nel raggiungimento degli obiettivi economici dell'ospedale.

La redazione del presente regolamento si inserisce inoltre in un momento storico di profonda rivoluzione nell'assetto strutturale ed informatico dell'Azienda. Si sta perfezionando in questi mesi l'implementazione ed adozione di una nuova cartella clinica informatizzata, che consentirà di omogeneizzare i flussi informativi sanitari all'interno dei vari reparti. Contestualmente, all'interno dello stesso applicativo informatico, si sta procedendo alla realizzazione di un nuovo registro operatorio informatizzato. Lo sviluppo di questi processi, finalmente allineati in uno stesso pacchetto organizzativo, consentirà una omogeneità nella trasmissione delle informazioni, una agevolazione nei processi sanitari quotidiani ed una maggiore concordanza nei contenuti documentali relativi al paziente.

Contestualmente alle innovazioni informatiche si sta peraltro procedendo all'ultimazione della ristrutturazione di locali siti presso il Padiglione Lancisi-1, da dedicare a n. 5 sale operatorie ed una ulteriore sala operatoria ibrida.

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 12 di 110

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

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

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

Alcune regole e la maggior parte delle istruzioni operative/procedure sono già in uso ma in maniera disomogenea, non costante, non puntuale, non condivisa e non completa.

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

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

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

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

A CHI	Tutti gli operatori coinvolti dei contesti sanitari indicati nell'elenco sottostante.
DOVE	In tutte le strutture dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, dove vengono svolte le attività relative al funzionamento della sale operatorie
QUANDO	Durante tutte le fasi di utilizzo delle sale operatorie



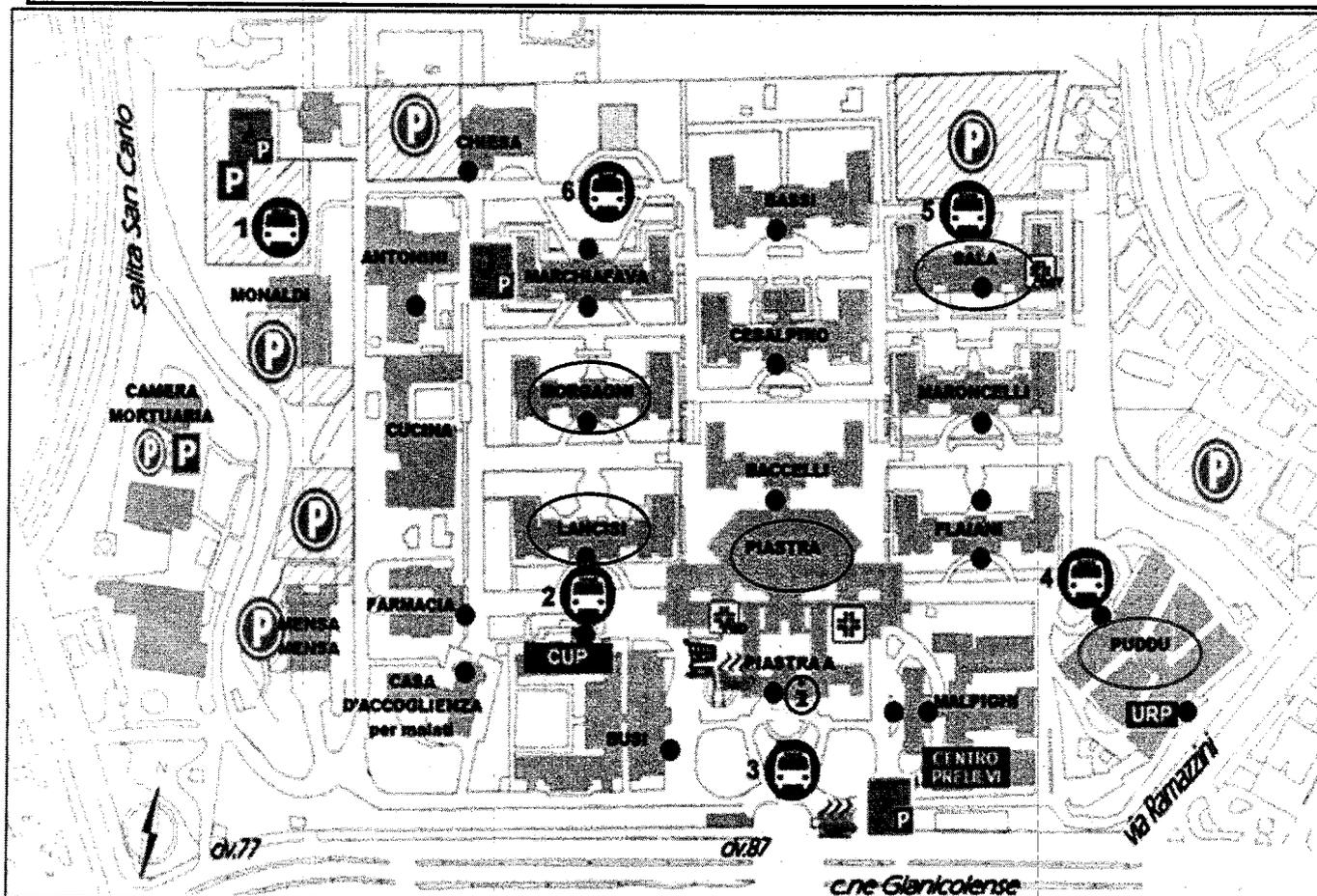
Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 13 di 110

Piantina Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini strutture coinvolte

SALE OPERATORIE	
PADIGLIONE PIASTRA PIANO -1 BOE E CHIRURGIA D'URGENZA	PADIGLIONE PUDDU PIANO SESTO
PADIGLIONE LANCISI PIANO -1	PADIGLIONE SALA PIANO -1, PRIMO, TERZO
PADIGLIONE MORGAGNI PIANO TERZO	PADIGLIONE PIASTRA PIANO PRIMO CHIRURGIA AMBULATORIALE
VEDI CAPITOLO 3.1 "Strutture coinvolte"	





Procedura Generale

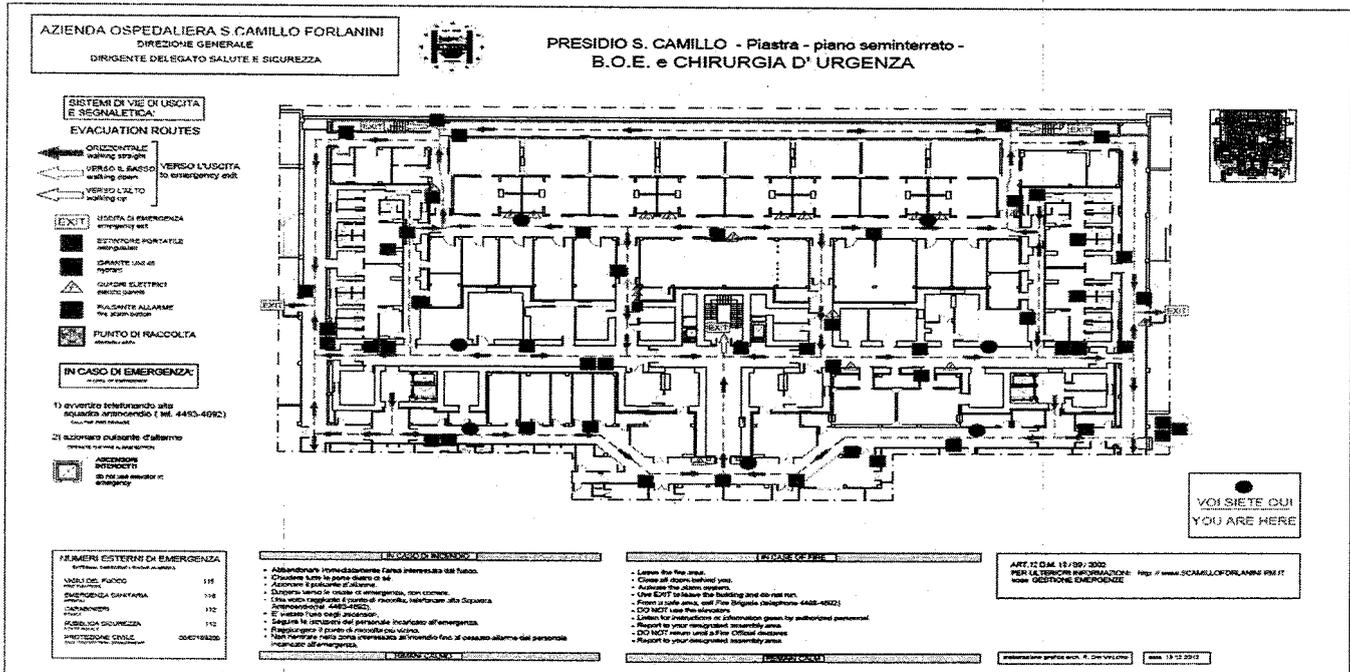
Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

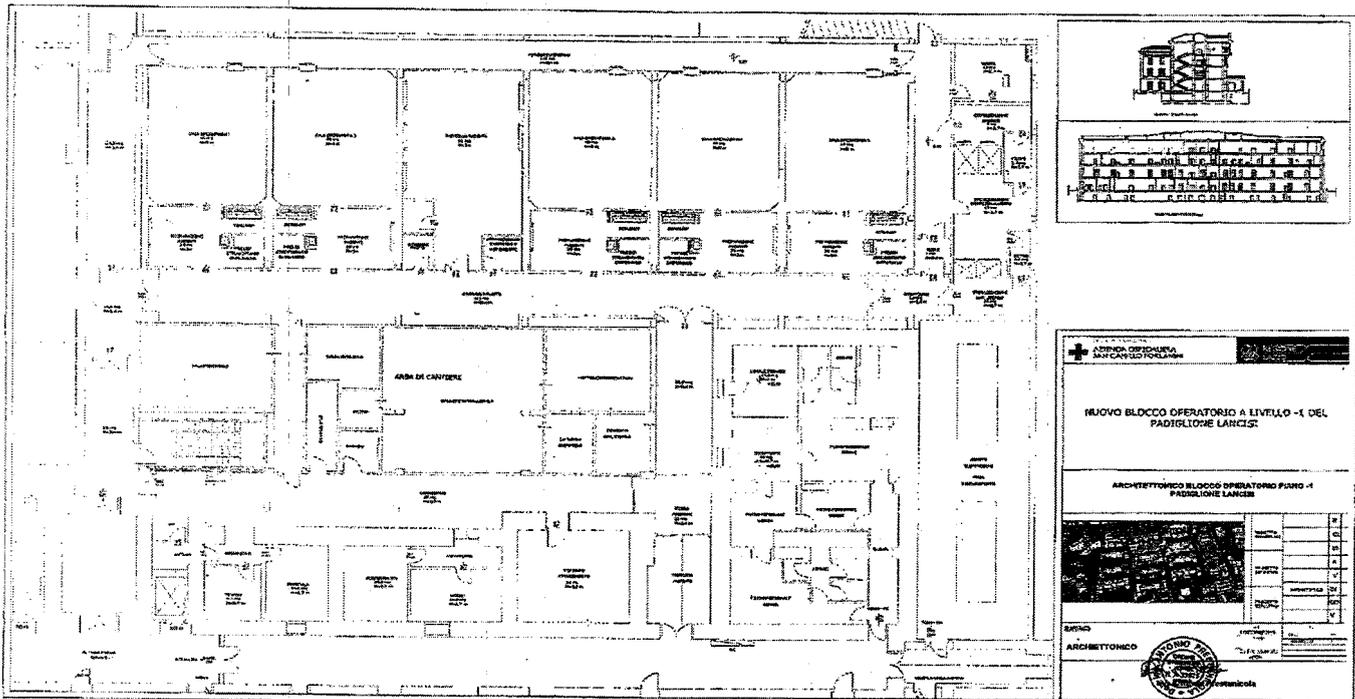
Rev. 01 del
03/10/2022

Pag. 14 di 110

PADIGLIONE PIASTRA



PADIGLIONE LANCISI - 1



19



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

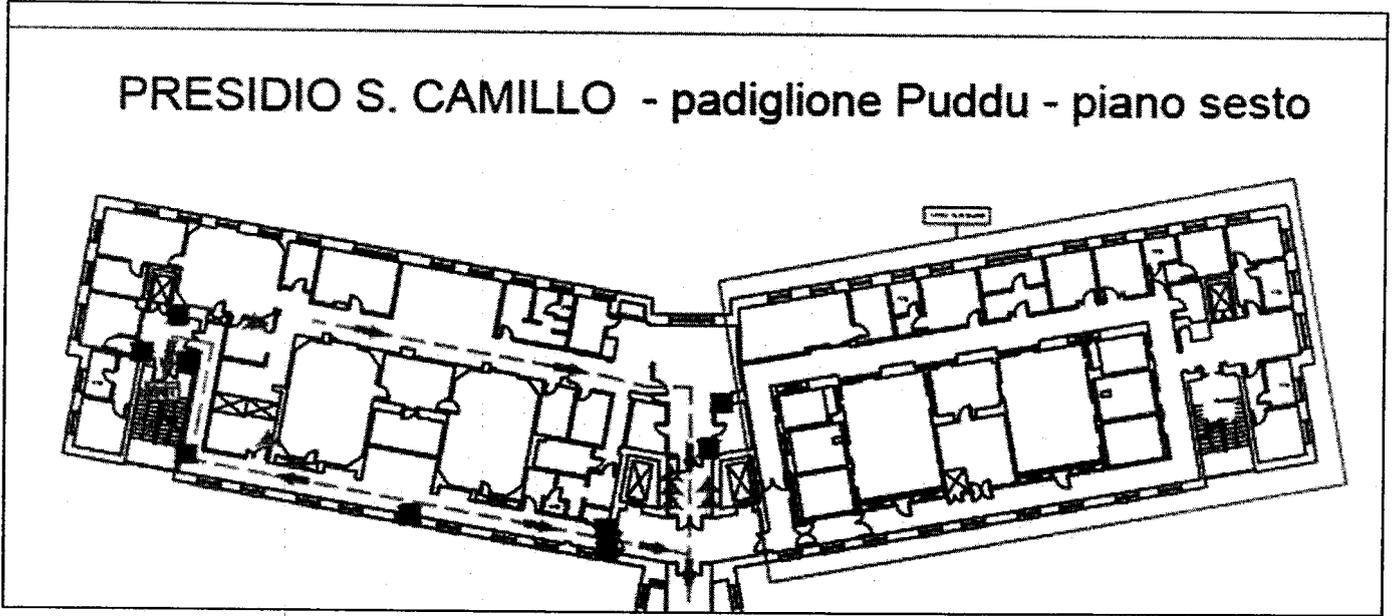
Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 15 di 110

PADIGLIONE PUDDU PIANO SESTO

PRESIDIO S. CAMILLO - padiglione Puddu - piano sesto



PADIGLIONE SALA

AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO FORLANINI
DIREZIONE GENERALE
DIRIGENTE DELEGATO SALUTE E SICUREZZA

PRESIDIO S. CAMILLO - Padiglione Sala - Seminterrato -

SISTEMI DI VIE DI USCITA E SEGNALETICA

EVACUATION ROUTES

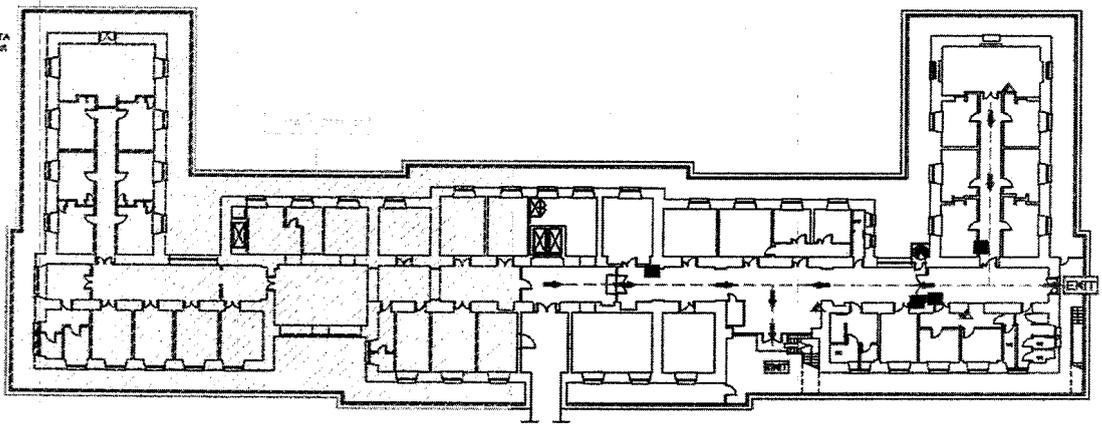
- ORIZZONTALE
walking straight
- GIRO A SINISTRA
walking down
- GIRO A DESTRA
walking up

- USCITA DI EMERGENZA
Emergency exit
- ESTINTORE PORTATILE
portable extinguisher
- DRAPPEL CIVILE
civilian flag
- QUADRI ELETTRICI
electrical panels
- PULSANTE ALLARME
fire alarm button
- PUNTO DI RACCOLTA
assembly point

IN CASO DI EMERGENZA:

- avvertire telefonando allo
SQUADRA ANTINCENDIO (TEL. 4483-4482)
SUL 112 (112)
- azionare pulsante d'allarme
SUL 112 (112)

APERTURA
INFERRETTA
DO NOT USE ELEVATOR IN
EMERGENCY



NUMERI ESTERNI DI EMERGENZA	
NUMERI ESTERNI DI EMERGENZA	
VIGILIA DEL FUOCO	112
QUADRI ELETTRICI	112

IN CASO DI EMERGENZA

- Aspettate un'indicazione scritta o un segnale sonoro.
- Chiudere tutte le porte dietro di sé.
- Adoptare il sistema di allarme.
- Disporre verso le vie di uscita, non tornare.
- Una volta raggiunto il punto di raccolta, mantenere una buona distanza tra di loro.
- Il vostro ruolo è di assistere.
- Sequitate le indicazioni dei soccorsi incaricati d'emergenza.
- Raggiungere il punto di raccolta più vicino.
- Non tornare nelle sale interessate all'incidente fino al cessato allarme del personale incaricato all'emergenza.

IN CASO DI EMERGENZA

- Leave the fire area.
- Close all doors behind you.
- Activate the alarm system.
- Use EXIT to leave the building and do not run.
- Form a safe area, and Fire Brigade telephone 112-112.
- DO NOT use the elevator.
- Listen for instructions or information given by authorized personnel.
- Report to your assigned assembly area.
- DO NOT return until a Fire Official declares.

REV. 01 DEL 03/10/2022
PER ULTERIORI INFORMAZIONI: rsb@scforlanini.it
VIALE GREGORIO BARBERISCHINI

20



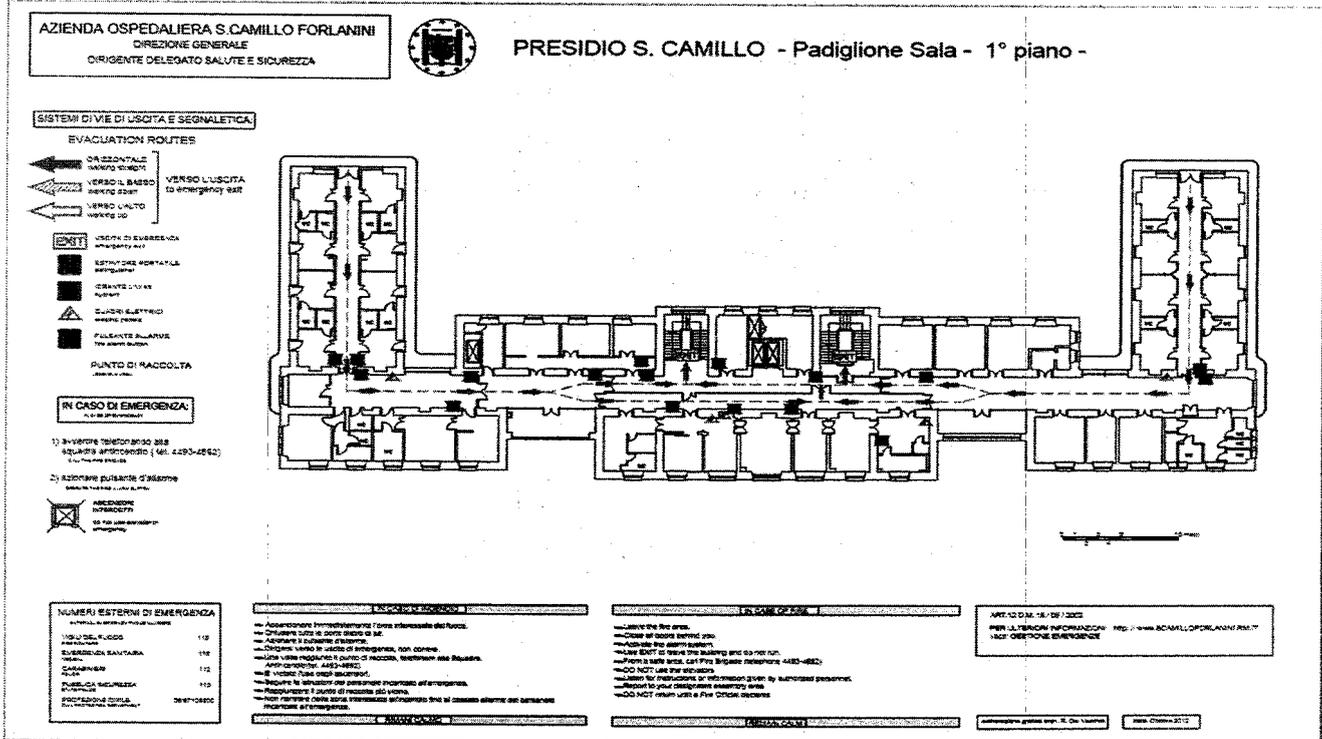
Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 16 di 110





Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 17 di 110

3.1 Strutture coinvolte

Padiglione "Piastra" BOE-DEA

E' costituito di n. **10 Sale Operatorie**, nelle quali viene concentrata la parte preponderante degli interventi chirurgici di elezione (programmati) di alta e media complessità e di urgenza che vengono eseguiti nell'Ospedale.

SALA OPERATORIA	TIPOLOGIA INTERVENTI	CARATTERISTICHE SALA
1	Urgenza	SCHERMATA - ISO 7
2	Urgenza	SCHERMATA - ISO 7
3	Urgenza	ISO 7
PACU		
4	Elezione	ISO 7
5	ROBOT	ISO 7
6	Elezione	ISO 7
7	Elezione	SCHERMATA + ISO 5
8	Elezione	SCHERMATA + ISO 5
9	Gastro	Non Sala Operatoria
A	Elezione Paz. infettivi	SCHERMATA - ISO 7
B	Elezione Alpi - Prod agg. Prelievo organo	SCHERMATA - ISO 7



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 18 di 110

Padiglione "Lancisi"

SALA OPERATORIA	TIPOLOGIA INTERVENTI	CARATTERISTICHE SALA
Sala Operatoria 1	Trapianti Elezione	SCHERMATA + ISO 5
Sala Operatoria 2	Elezione	SCHERMATA + ISO 5
Sala Operatoria 3	Elezione	SCHERMATA + ISO 5
PACU		
Sala Operatoria 4	Elezione	SCHERMATA + ISO 5
Sala Operatoria 5*	Elezione - Urgenza	ISO 7
Sala Ibrida	Elezione - Urgenza	SCHERMATA + ISO 5

* In assenza di urgenza Sala 5 sala Jolly per interventi in più rispetto programmazione o urgenze differite

Padiglione "Puddu" (Camera Operatoria Pace Maker, Day Surgery, One-Day Surgery, Week-Surgery)

SALA OPERATORIA	TIPOLOGIA INTERVENTI	CARATTERISTICHE SALA
Sala Operatoria 1	Elezione	SCHERMATA - ISO 7
Sala Operatoria 2	Elezione	SCHERMATA - ISO 7
Sala Operatoria 3	Elezione	ISO 7

Padiglione "Sala"

SALA OPERATORIA	TIPOLOGIA INTERVENTI	CARATTERISTICHE SALA
Sala Operatoria	Urgenza / Elezione "Sala A"	ISO 7
Sala Operatoria	Elezione "Sala B"	ISO 7
Blocco Parto	Sala Operatoria per cesareo	ISO 7
Sala Operatoria	L.194	ISO 7



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 19 di 110

Padiglione Piastra – Chirurgia ambulatoriale

SALA OPERATORIA	TIPOLOGIA INTERVENTI	CARATTERISTICHE SALA
Sala Ambulatoriale 1	Elezione	N.C.
Sala Ambulatoriale 2	Elezione	N.C.

Padiglione Morgagni – Chirurgia Oculistica

SALA OPERATORIA	TIPOLOGIA INTERVENTI	CARATTERISTICHE SALA
Sala Ambulatoriale di Chirurgia Oculistica 1	Elezione	ISO 7
Sala Ambulatoriale di Chirurgia Oculistica 2	Elezione	ISO 7

4. RIFERIMENTI

- "Patto per la salute 2019-2021", 19/207/SR08/C7 INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021
- "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015" approvato con Del. 5 novembre 2014, n. 91
- La determina regionale n. G11271 del 01/10/2020 : Recepimento dell'"Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Rep. atto n. 100/CSR) ed approvazione del documento regionale "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura".



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 20 di 110

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ACS-NSQIP	National Surgical Quality Improvement Programs
ACT	Tempo di Coagulazione Attivato
AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
ASA	American Society of Anesthesiologists Classification
BOE	Blocco Operatorio Elezione
Cartella ambulatoriale informatizzata	Software di ambulatorio e percorsi preoperatori
Cartella clinica informatizzata	Software di reparto e ricovero
CCH	Cardiochirurgia
CEC	Circolazione Extracorporea
CPSI	Collaboratore Sanitario Infermiere
CPSIE	Collaboratore Sanitario Infermiere Esperto
CR	Centro Rianimazione
CRTL	Centro regionale di riferimento per i trapianti
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DH	Day Hospital
DIPRO	Dipartimento delle Professioni
DPI	Dispositivi di Protezione Individuali
DM	Dispositivi Medici
DMI	Dispositivi Medici Impiantabili
Elezione o programmata o chirurgia elettiva o chirurgia programmata	Necessità di intervento chirurgico entro un tempo definito dal chirurgo tramite l'assegnazione di una della classi di priorità chirurgica ministeriali
EMONET	Sistema Gestionale Informatico
Emergenza	Necessità di intervento chirurgico immediato
GAPAC	Gruppo Aziendale per la programmazione dell'Attività Chirurgica
GBO	Gruppo operativo del Blocco Operatorio
GIPSE	Gestione Informazioni Pronto Soccorso Emergenza
HERO	Sistema Operativo Informatico
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
LAT	Lista Attiva Trapianti
LO	Lista Operatoria
LOC	Lista Operatoria Concordata
LOV	Lista Operatoria in Valutazione
PACS	Picture Archiving and Communication System
PACU	Post-anesthesia care unit
PC	Personal Computer



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 21 di 110

PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIC	Proposta di Intervento Chirurgico
PO	Preospedalizzazione
POIT	Polo ospedaliero intraaziendale Trapianti A.O. S.Camillo Forlanini e dell'IRCSS Lazzaro Spallanzani
PSAAC	Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica
NCH	Neurochirurgia
RAD-r	Applicativo dell' Agenzia di Sanità Pubblica per la raccolta di dati sui ricoveri
Registro operatorio informatizzato	Software di sala operatoria comprendente funzioni di composizione di note operatorie settimanali e giornaliere
RSSP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
PS	Pronto Soccorso
RFID	Radio Frequency Identification
RiskUR	Indicatori di Rischio Chirurgico in Urgenza
SCF	San Camillo Forlanini
SIAS	Sistema Informativo Assistenza Specialistica
SIES	Sistema Informativo Emergenza Sanitaria
SIPC	Sistema Informativo Percorso Chirurgico
SIMT	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SLOT	Servizio Logistico Trasporti
SO	Sala Operatoria
STU	Scheda Terapeutica Unica
TFCPC	Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare
TI	Terapia Intensiva
TIPO	Terapia Intensiva Post Operatoria
TNT	Tessuto Non Tessuto
TSRM	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UU.OO.	Unità Operative
UU.OO.CC.	Unità Operative Complesse
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

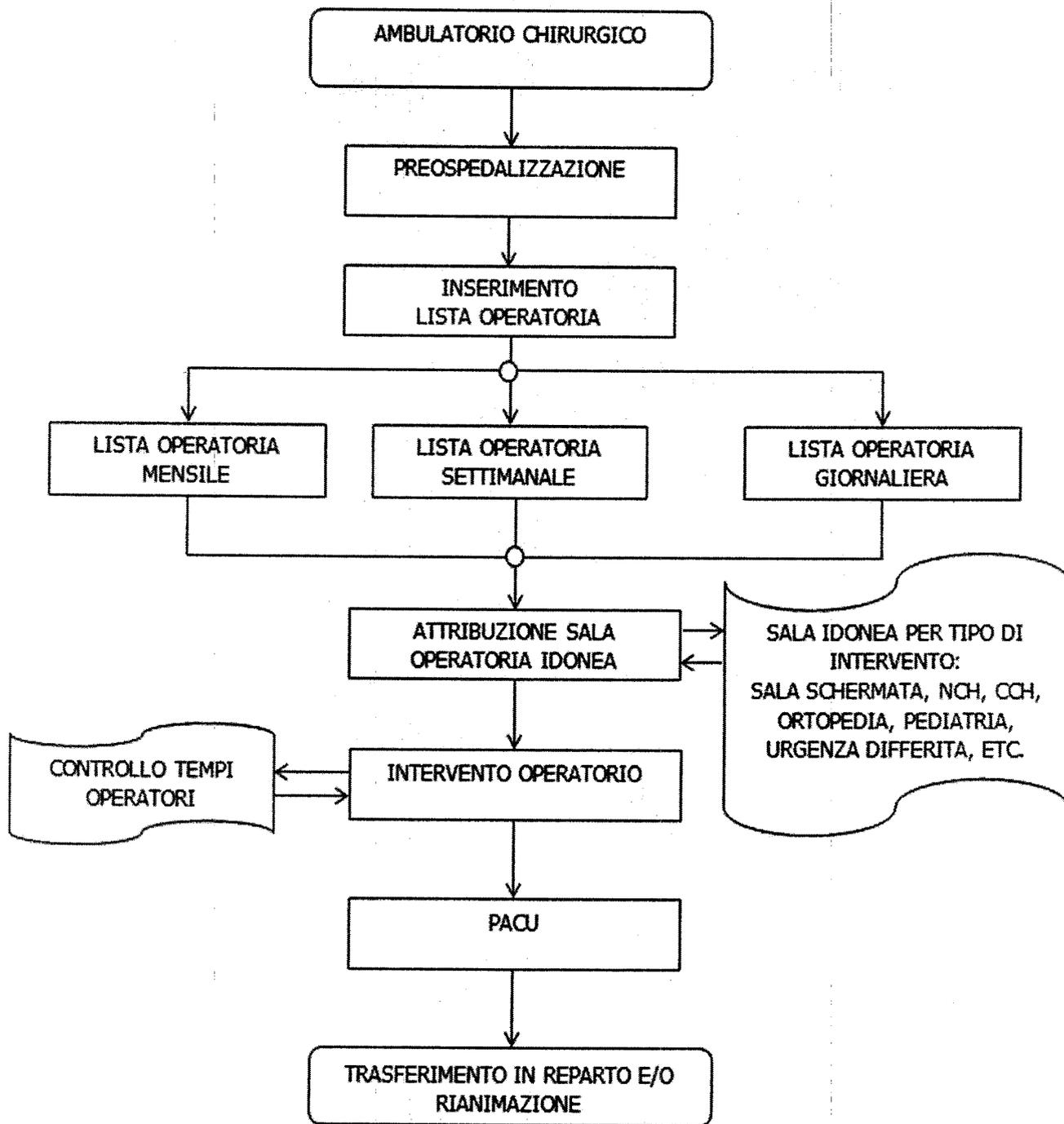
Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 22 di 110

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

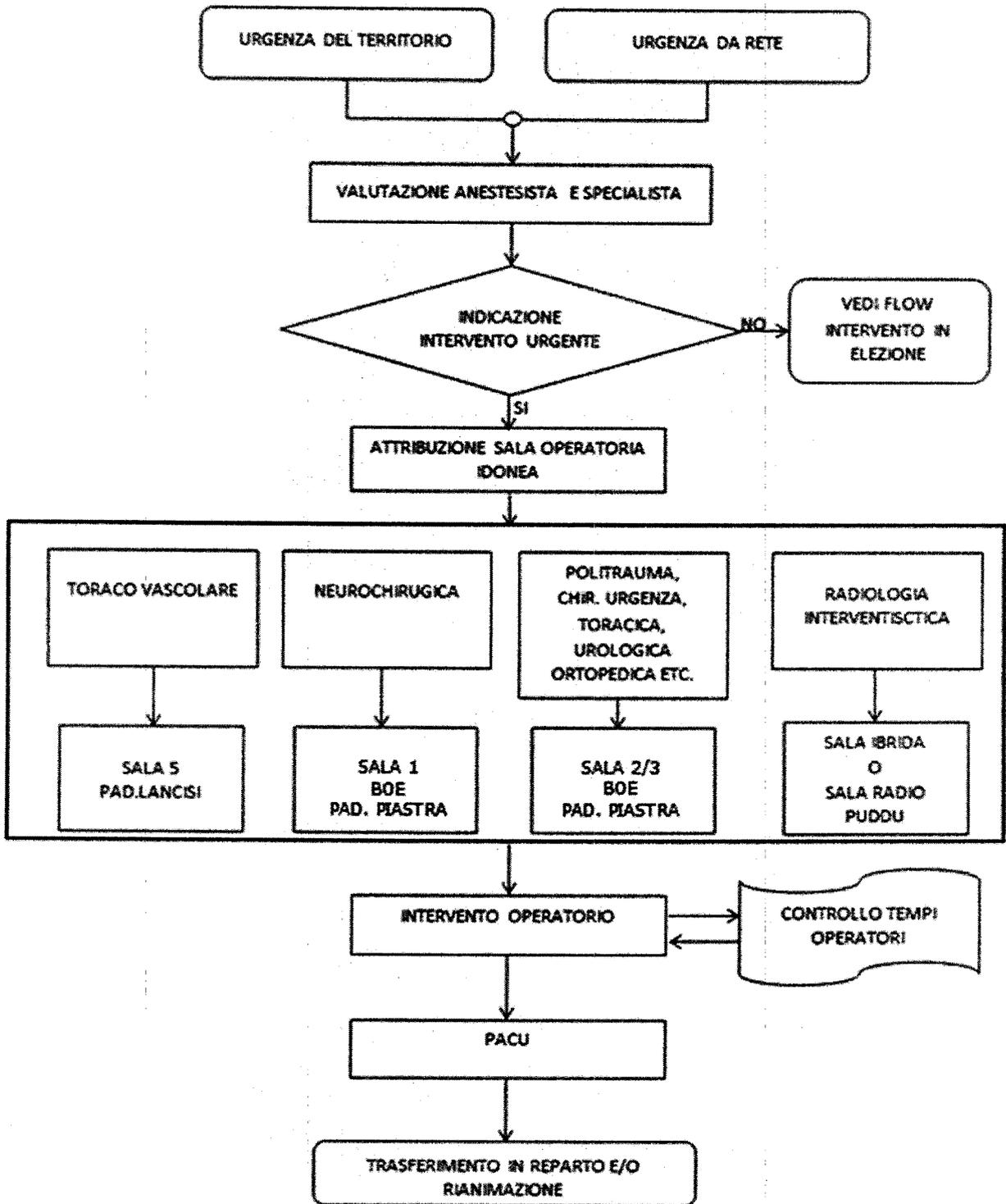
6.1 Interventi in elezione





Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 23 di 110

6.2 Interventi in urgenza





Procedura Generale

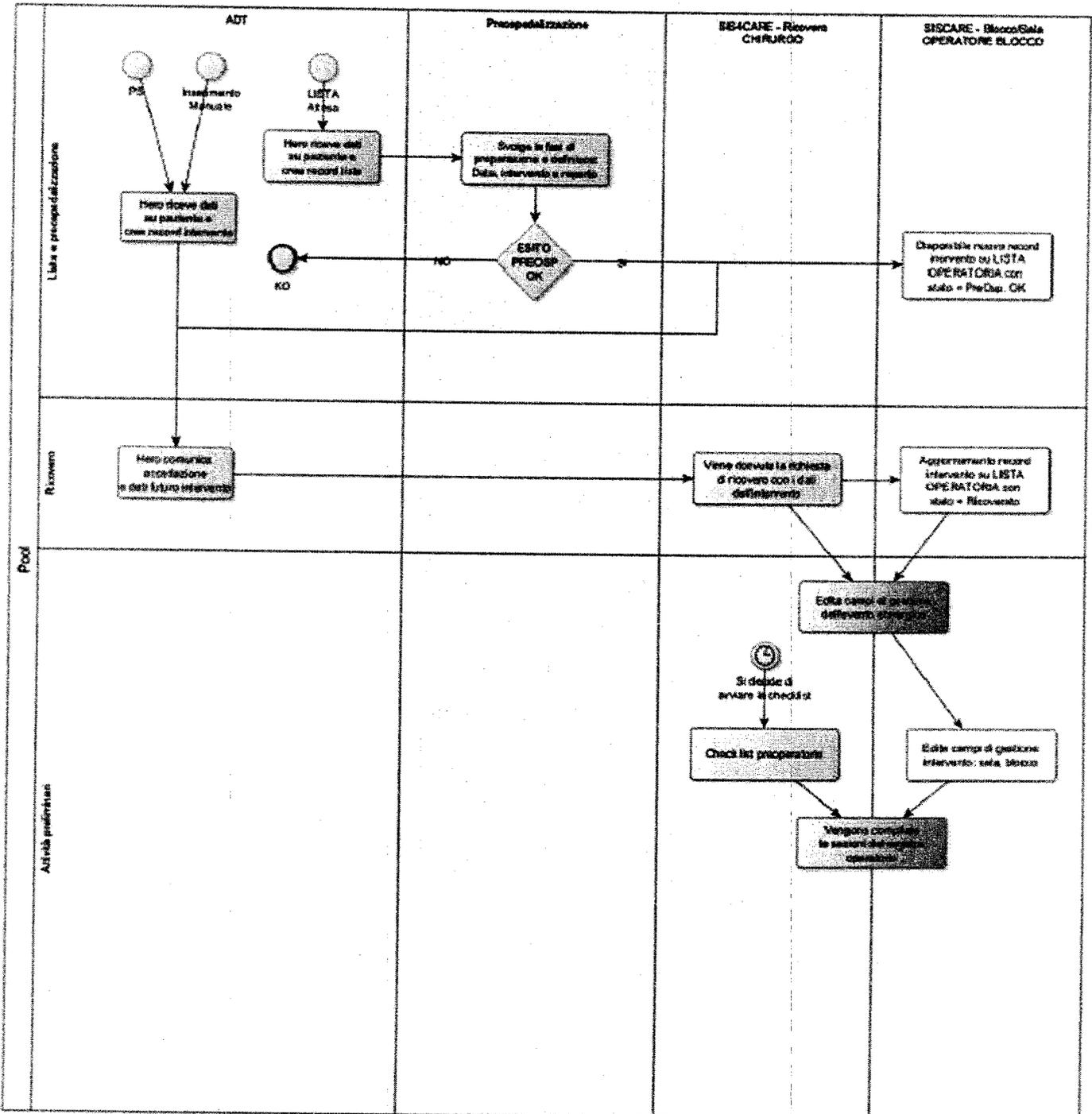
**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 24 di 110

6.3 Registro Operatorio Informatizzato

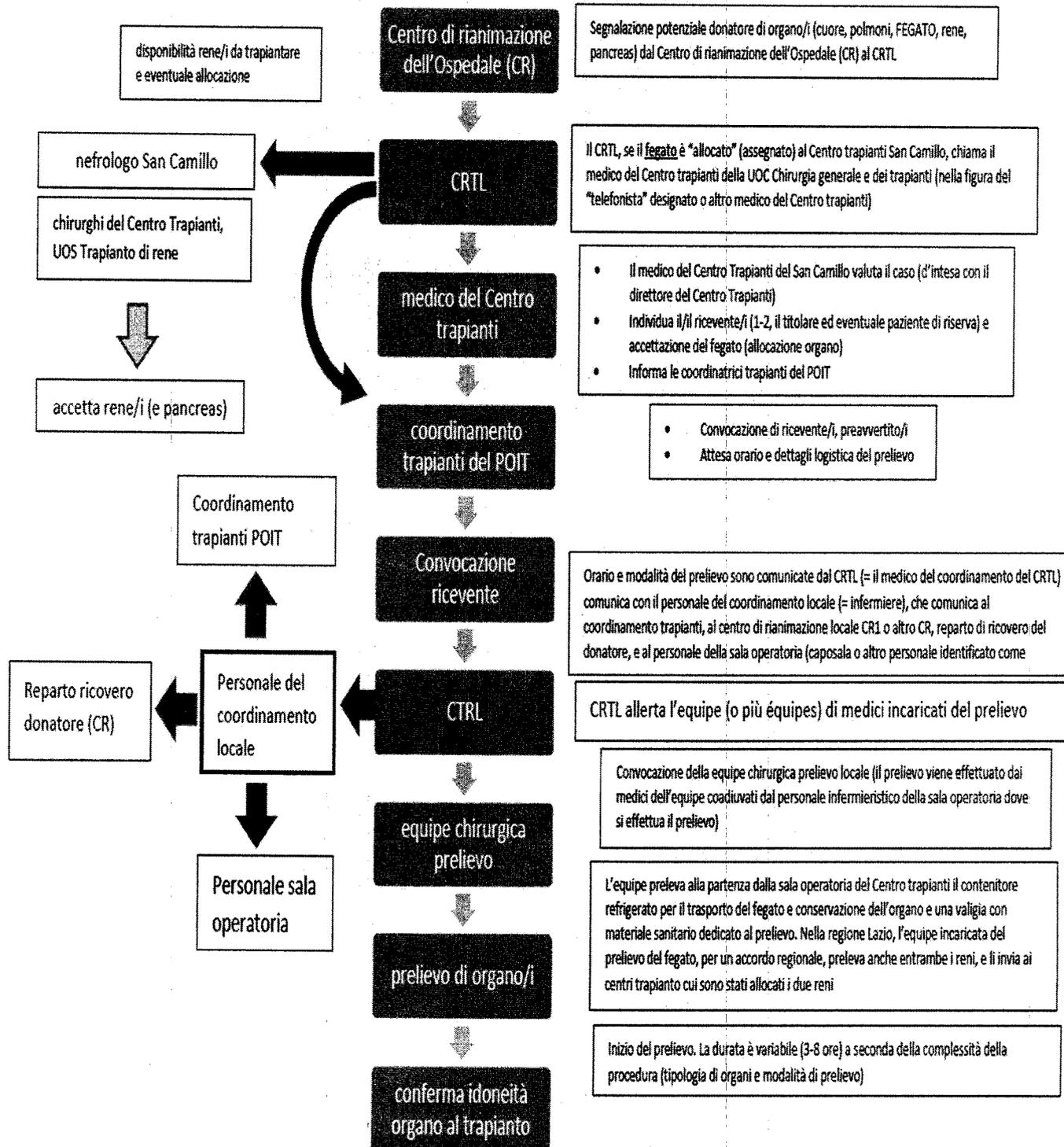




Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

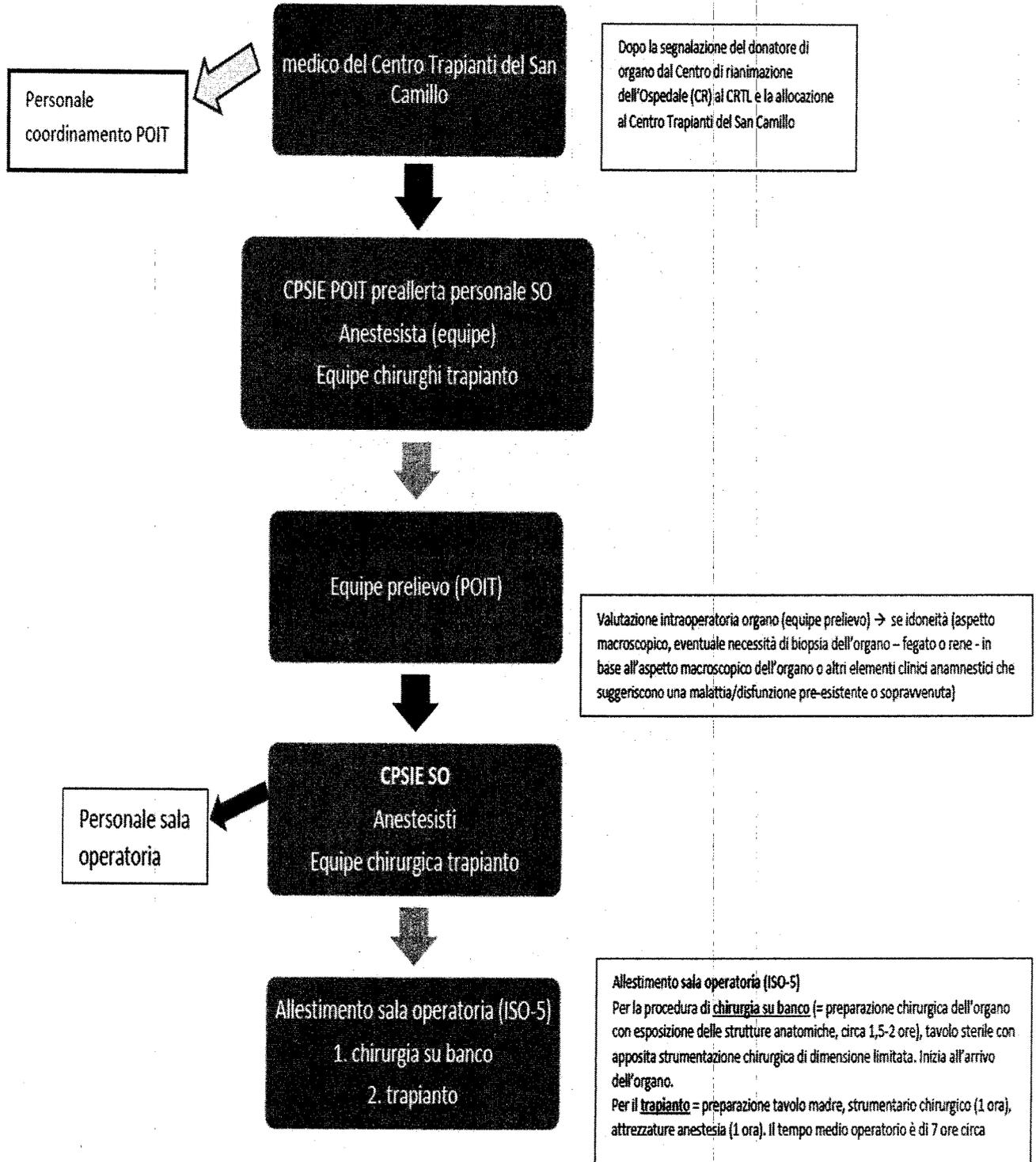
Pag. 25 di 110

6.4 Prelievo multiorgano presso A.O. San Camillo Forlanini



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 26 di 110

6.5 Trapianto di Fegato

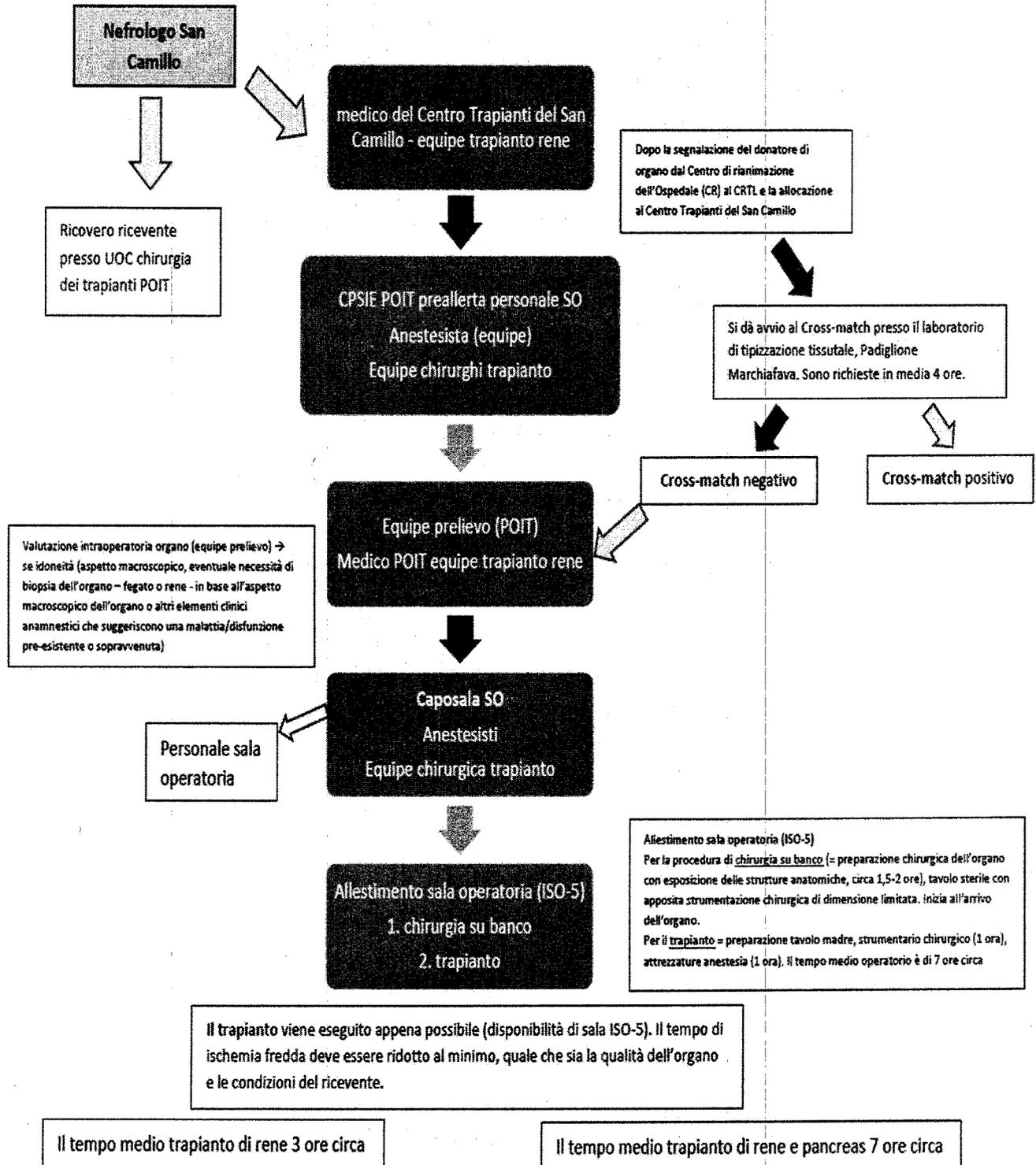


31



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 27 di 110

6.6 Trapianto di Rene e Rene-Pancreas





Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 28 di 110

7. MODALITA' ESECUTIVE

7.1 Principi generali

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

I tempi che danno ragione delle attività operatorie e quelli ad esse correlati sono stati distinti in tre tipologie in ordine alla possibilità di intervento sugli stessi.

Il grado di efficienza delle sale operatorie dipende dalla capacità di massimizzare i tempi d'impiego delle risorse umane e tecnologiche e dai tempi di utilizzo delle stesse. La variabile temporale, che ruota intorno ad un corretto e funzionale utilizzo delle sale operatorie, prevede la distinzione in tre tipologie:

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

Gli interventi possibili dal punto di vista della re-ingegnerizzazione delle attività riguardano principalmente i **tempi inutilizzati** determinati principalmente da **carenze dell'organizzazione** e/o da comportamenti anomali degli operatori e riscontrabili principalmente nelle **aree di confine** tra strutture operative diverse e contigue nella realizzazione delle attività: Unità Operative di Degenza/Sistema Logistico di Trasporto; Sistema Logistico di Trasporto/Blocco Operatorio; PACU/Sala Operatoria/PACU; Blocco Operatorio/Sistema Logistico di Trasporto; Sistema Logistico di Trasporto /Terapia Intensiva.

I tempi inutilizzati inoltre, si registrano quando e dove devono incontrarsi più operatori di **qualifiche diverse**: infermiere, anestesista, chirurgo, operatore sanitario (tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare), con riferimento al teatro d'intervento degli stessi in Sala Operatoria e in PACU.

I tempi inutilizzati possono essere contratti e/o eliminati solo mediante una forte **integrazione** dei processi assistenziali, la comune adozione di percorso clinico – assistenziali e mediante il ricorso strutturato a momenti di dialogo quotidiano tra gli operatori responsabili delle diverse linee di attività che concorrono all'espletamento delle procedure chirurgiche (meeting organizzativi multidisciplinari). I **tempi migliorabili** sono quelli impiegati per svolgere attività che possono essere più fluide e rapide mediante opportune modifiche, in una logica di "**lean-organization**", ad esempio passando da procedure operative del tipo "push" (spingere: ovvero gestire il processo in anticipo rispetto alla richiesta/necessità futura), a procedure di tipo "pull" (tirare: ovvero avviare il processo successivamente alla necessità con un'azione a richiesta), o utilizzando metodi di rifornimento del tipo



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 29 di 110

"just-in-time" (appena in tempo: coordinare la programmazione del processo in rapporto alla disponibilità delle risorse necessarie).

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

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

NOTA BENE:

- il "cambio a vista" riguarda tutti gli operatori sanitari ed avviene al tavolo operatorio;
- ha accesso alla "pausa pranzo" per la durata di 30' solo chi effettua il turno 7.00/8.00-19.50. In occasione della "pausa pranzo" l'attività chirurgica di sala operatoria non può essere interrotta, se non per il tempo necessario alla sanificazione e preparazione della sala operatoria tra due interventi.

Ai fini della ottimizzazione dei tempi operatori è essenziale la funzione della **Post Anesthesia Care Unit (PACU)** che secondo le più accreditate interpretazioni organizzative gioca un ruolo importante nell'abbattimento dei tempi sia di accesso alla sala operatoria che di rientro dei pazienti alle strutture assistenziali post intervento, tanto da farla ritenere nella nostra realtà un necessario spazio assistenziale per ogni disciplina chirurgica dell'Azienda.

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

Ai sensi della DETERMINAZIONE n. 14406 del 28/09/2020 "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura".

L'AOSCF ha istituito Il GAPAC con i seguenti obiettivi e finalità:

"La riorganizzazione dell'attività chirurgica costituisce un obiettivo strategico della Direzione Generale, finalizzato a garantire un percorso per setting assistenziali e complessità di cura efficiente per il paziente e l'organizzazione.

Il percorso chirurgico del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura viene contestualizzato in ciascuna struttura ospedaliera e adottato con specifico atto aziendale.

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

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 30 di 110

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

In caso di più Blocchi Operatori è prevista l'attivazione di un coordinamento aziendale dei Blocchi Operatori (COGBO).

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

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

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

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

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

Il PSAAC contiene gli obiettivi di:

Programmazione:

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

Governo:

- definire i criteri per standardizzare i flussi di pazienti e risorse nell'ambito del percorso chirurgico secondo la complessità e il setting;
- definire le modalità di coordinamento dei GBO in presenza di più blocchi operatori;
- istituire una metodologia di collaborazione con il bed management per l'integrazione con il



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 31 di 110

territorio per la presa in carico globale del paziente;

- predisporre il programma degli interventi di Antimicrobial Stewardship, previsti per il controllo delle infezioni del sito chirurgico;
- identificare gli interventi per la gestione del rischio clinico attraverso l'analisi degli eventi avversi e sentinella.

Verifica:

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

Il GAPAC coordina l'attività della fase preoperatoria attraverso il case manager di riferimento, di formazione professionale, tra di essi viene definito un coordinatore aziendale.

Il GAPAC coordina la gestione delle sale operatorie attraverso il Gruppo Operativo del Blocco Operatorio (GBO), che ha il compito di attuare gli indirizzi aziendali.

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

In caso di più Blocchi Operatori, a livello di direzione sanitaria aziendale viene nominato un coordinatore dei GBO.

7.2.2 Programmazione della lista operatoria

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

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

Il GAPAC programma l'attività chirurgica con cadenza trimestrale, definendo gli obiettivi di attività realizzabili, coordina ogni settimana l'omogeneizzazione delle liste operatorie proposte dai GBO coinvolgendo i professionisti. (Vedi capitoli 7.3 e 7.3.1)

7.2.3 Programma di miglioramento "Audit & Feedback"

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

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

La strategia di Audit e Feedback è caratterizzata da briefing e de-briefing periodici sugli indicatori del percorso di cura e degli esiti. La Direzione Sanitaria ha un ruolo di partecipazione attiva, come



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 32 di 110

Coordinatore dell'intero processo chirurgico, da questi incontri deduce le indicazioni agli interventi necessari per il programma di miglioramento.

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

Il GAPAC ha l'obiettivo, attraverso i report previsti, di studiare la gestione dei percorsi dei pazienti chirurgici nei diversi setting assistenziali, elezione o urgenza ad alta, media o bassa complessità, individuando gli interventi necessari a superare le diverse criticità osservate.

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

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

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

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

Prericovero

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 33 di 110

Ricovero

- T3 data di ricovero (SIO);
- Regime di ricovero (ordinario a ciclo continuo e a ciclo diurno, Chirurgia Ambulatoriale) (SIO/SIAS);
- Reparto di ricovero (SIO);
- Intervento;
- Modalità: programmato/urgenza interna/emergenza-urgenza PS (SIO);
- Procedura chirurgica (SIO);
- Chirurghi operatori (SIO);
- Anestesista Rianimatore (SIO)
- T4 data ora entrata nel blocco operatorio (SIPC);
- T4 A data ora entrata in sala operatoria (SIPC);
- Compilazione Checklist (SIO);
- Informazione incluse nella Checklist operatoria (SIPC);
- T4 B data ora inizio preparazione anestesiologicala (SIPC);
- Tipo di anestesia (SIO);
- T4 C data ora incisione chirurgica (SIPC);
- T4 D data ora sutura chirurgica (SIPC);
- T4 E data ora uscita dalla sala operatoria (SIPC);
- T4 F uscita blocco operatorio (SIPC);
- Transito in Terapia Intensiva/TIPO (SIO);
- Procedure chirurgiche successive (SIO);
- Diagnosi relative alla patologia chirurgica e alle complicanze (SIO);
- Inserimento nelle diagnosi di codici per Infezione sito chirurgico e Infezione Sistemica Correlata all'Assistenza (SIO).

Dimissione

- Esito (SIO);
- T5 data di dimissione clinica verso altro setting assistenziale (SIPC);
- T5A data reale di dimissione dall'Ospedale (SIO);
- T5B data prima visita in dimissione protetta (SIAS);
- T5C data ultima visita in dimissione protetta (SIAS);
- T5D data di ingresso in Post-acuzie (RAD-r);
- T5E score clinici autonomia (RAD-r).

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

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 34 di 110

7.2.4 Audit risk calculator (SIPC) sostituisce Indicatori di rischio chirurgico

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

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

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

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

- Altra infezione postoperatoria 998.59;
- Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci V09.x;
- Sepsì 995.91;
- Sepsì severa associata a insufficienza acuta d'organo 995.92;
- Shock settico 785.52.

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

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

7.3 Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"

Il GBO ha la responsabilità dell'organizzazione e della operatività del blocco operatorio attraverso le seguenti funzioni:

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

In relazione alla organizzazione aziendale in presenza di un solo blocco operatorio il GAPAC e GBO possono essere riuniti in un'unica struttura di governo e operativa.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 35 di 110

7.3.1 Liste operatorie

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

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

Nella lista operatoria settimanale il GBO inserisce le seguenti informazioni:

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

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

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

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

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 36 di 110

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

La lista operatoria giornaliera deve essere predisposta direttamente nel registro operatorio informatizzato, in caso malfunzionamento del sistema deve essere inviato per mail all'indirizzo listeoperatoriecamilloforlanini.rm.it sempre entro le ore 10 del giorno precedente la seduta operatoria.

7.4 Caratteristiche sale operatorie

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

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

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

Si potranno distinguere, a seconda della loro destinazione d'uso:

- Sala operatoria generale: destinata alla chirurgia generale e ad alcune specialità tra cui urologia, ginecologia, oftalmologia, chirurgia plastica e qualsiasi altra procedura che non richiede particolari attrezzature di supporto;
- Sala operatoria chirurgia specialistica: utilizzata per le procedure chirurgiche che richiedono speciali attrezzature, tra cui neurochirurgia, cardiocirurgia e chirurgia ortopedica;
- Sala operatoria ibrida: provvista di attrezzature di imaging che permettono di supportare/controllare l'attività chirurgica e consentono l'esecuzione di interventi di tipo mininvasivo e di elevata complessità dove a seguito dell'insorgere di una complicanza è possibile passare alla modalità di intervento a campo aperto.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**
Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/SOBC01/22/02

Pag. 37 di 110

Padiglione	Piano	N° Sala	mq	ISO	scherm. Rx	scherm. Laser	
Lancisi	3	1	36	7			
		2	50	7			
		3	30	7			
	0	1		7	si		
	-1	1	48	5	si		
		2	48	5	si		
		3	48	5	si		
		Pacu					
		4	48	5	si		
	5	48	7				
Piastra BOE	-1	1	39	7	si	si	
		2	36,6	7	si		
		3	36,6	7			
		4	36,6	7			
		5	36,6	7			
	Pacu						
	6	36,6	7				
	7	36,6	5	si			
	8	39,8	5	si			
Piastra DEA	-1	1	33	7	si		
		2	32	7	si		
Piastra endoscopia CPRE	-1	1	23	7			
Puddu	6	1	36	7			
		2	36	7	si		
		3	29	7	si		
	1	1	31,3	7	si		
		2	44	7	si		
	Pacu						
SALA	-1	1		7			
	1	1	26,5	7			
		2	21	7			
	3	1	28	7			
Morgagni	2	1	24	7			
		2	24	7			



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 38 di 110

7.4.1 Sala RobotConsole Chirurgica Da Vinci IS4000

- Visore stereo 3D;
- Sistema di interfono con il carrello paziente;
- Master destro e sinistro per il controllo di strumenti ed endoscopio;
- Touchpad per il settaggio delle impostazioni di sistema e la memorizzazione di account personalizzati;
- Pedaliera comandi per la gestione di strumenti, endoscopio e generatori;
- Predisposizione per console ausiliaria (VEK);
- Sedia console chirurgica cod. 1865 – SURGEON CONSOLE CHAIR.

CARRELLO PAZIENTE da VINCI IS4000

- Carrello motorizzato;
- Quattro braccia operative per la gestione di strumenti e telecamera;
- Laser di puntamento per avvicinamento del carrello al tavolo operatorio;
- Touchpad per selezione tipologia di procedura e setting automatico delle braccia.

CARRELLO VISIONE da VINCI IS4000

- Generatore Erbe VIO integrato per strumentazione monopolare e bipolare e predisposizione per strumento dedicato Vessel Sealer;
- Interfaccia per endoscopio;
- Sincronizzatore di immagine;
- Sistema visione Firefly;
- Unità di controllo telecamera;
- Fonte luce;
- Cavi in fibra ottica di connessione al carrello paziente e alla console chirurgica;
- Unità di controllo video/audio;
- Monitor touchscreen da 24" ad alta definizione.

7.4.2 Sala Gastro**Sala di endoscopia diagnostico-operativo avanzata, Sala 9 BOE**

Vengono effettuate procedure di endoscopia operativa bilio-pancreatica, l'ecoendoscopia diagnostica ed operativa, l'enteroscopia con enteroscopio, resezioni endoscopiche.

Dispone di:

- apparecchio radiologico portatile ad arco dedicato per endoscopia digestiva (ERCP, dilatazioni, posizionamento di protesi, enteroscopia);



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/SOBC01/22/02		Pag. 39 di 110

- lettino endoscopico radiotrasparente;
- 1 colonna di endoscopia fornita di fonte luminosa, centraline video, monitor;
- elettrobisturi con APC;
- ecografo dedicato all'esecuzione di ecoendoscopie diagnostico/operative;
- sala lavaggio (con lavadisinfetta endoscopi, armadio areato porta endoscopi per stoccaggio, armadi deposito materilae per endoscopia);
- ventilatore;
- defibrillatore;
- monitor mutiparametrico.

7.4.3 Sala Ibrida

La sala operatoria ibrida cardiovascolare prevede un ambiente di grandi dimensioni (non inferiore a 50 mq) con schermatura nelle 3 dimensioni per radiazioni ionizzanti ed adeguati sistemi di areazione dotato di:

- angiografo digitale monoplanare stativo, munito di generatore ad alta tensione, movimentabile tramite installazione a soffitto o pavimento integrato con tavolo operatorio radio trasparente o chirurgico con snodi di flessione anch'essi movimentabili mediante sistemi elettrico/idraulici.
- un sistema digitale di acquisizione, gestione e smistamento di segnali audio/video;
- serie di software dedicati;
- monitor di lavoro di grandi dimensioni con multipli canali di entrata ed uscita;
- sistema video integrato dotato di monitors di grandi dimensioni sulle pareti della sala collegati tra loro, con le apparecchiature di sala, con il PACS radiologico aziendale, con l'intranet aziendale e con il sistema di refertazione;
- un PC installato a parete con caratteristiche di assemblamento compatibili con l'ambiente operatorio;
- ecografo cardiovascolare (ecocardiografo ed ecocolor Doppler con set di sonde completo) ad elevate prestazioni collegato con il monitor di lavoro;
- mobile anestesilogico, mobile chirurgico, braccia meccaniche a soffitto porta monitors;
- schermi di radioprotezione con aggancio a soffitto;
- poligrafo;
- ventilatore meccanico;
- apparecchio per ACT;
- apparecchio per sistema di riscaldamento con materassino ad acqua;
- macchina cuore-polmone per CEC;
- macchina per recupero sangue;
- contropulsatore aortico;
- colonna laparoscopica per chirurgia 3D;
- due sorgenti per elettrobisturi;
- cassettiere integrate nelle pareti per piccoli oggetti (fili di sutura, bisturi, ago cannule, cerotti...), 2-3 sedute compatibili con ambiente operatorio;
- consolle attigua dotata di PC di lavoro e schermi ad alta definizione per immagini DICOM dotata dei software di acquisizione e gestione delle immagini;
- pre-sala.



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/SOBC01/22/02		Pag. 40 di 110

7.4.4 Radiologia interventistica

la UOC di Radiologia Interventistica è dotata di due sale angiografiche equivalenti al padiglione Puddu piano primo denominate:

- 1) sala Azzurra con una superficie di 31,3 mq;
- 2) sala Magenta con una superficie di 44 mq.

Le due sale sono di tipo ISO 7 dotate di cone beam TC.

In tutte e due le sale è presente carrello anestesilogico e presidi di monitoraggio per anestesia generale. In ambedue è presente apparecchiatura ecografica per procedure US assistite.

Il reparto è dotato inoltre di una sala PACU con N 3 Testa-letto attrezzati per assistenza post procedurale.

7.4.5 Neuroradiologia Interventistica

La sala deve essere dotata di:

- angiografo Biplano;
- schermo anti X mobile;
- respiratore automatico completo;
- monitoraggio invasivo di PA invasiva, ECG, O2, PIC, Carbossimetria;
- scialitica;
- ecografo;
- frigorifero conservazione farmaci;
- defibrillatore;
- a parete: linea per ossigeno, aria compressa, protossido di idrogeno, aspirazione (vuoto);
- pavimento antistatico;
- porta di accesso alla Sala piombata.

7.4.6 Ambulatori Piastra

7.4.6.1 Salette operatorie ambulatorio Piastra

- Sala di Sterilizzazione dotata di sterilizzatrice;
- sala di preparazione pazienti con 2 poltrone da Dh;
- sala di accettazione pazienti;
- sala deposito.

Con una superficie di 40 mq.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 41 di 110

Rimozione nei, cisti sebacee, lipomi, epitelomi, allargamenti di melanoma, innesto cutaneo, onicectomia.	Chirurgia Plastica
Tunnel carpale, dito a scatto, morbo di dequvain, morbo di dupuytren, tumori glomico, ricostruzione nervi e tendini mano, rizartriosi, ulnare al gomito, onicectomia, amputazione falange.	Chirurgia Ricostruttiva Degli Arti
Rimozione nei, cisti mandibolari, turbinati, ixantelasma, blefaroplastica per ptosi palpebrale, asportazione neoformazioni della bocca e del naso (mucosa).	Maxillo Facciale
Biopsie prostatiche	Urologia Oncologica
Scleroterapia, safenectomie, flebectomie, ablazione safema con radiofrequenza, occlusione endovascolare con colla (acrilato) della safema	Chirurgia Vascolare
Tunnel carpale	Neurochirurgia

7.5 PACU Post Anesthesia Care Unit

I dati presenti in letteratura evidenziano che un'elevata percentuale di complicanze postoperatorie si verifica nelle ore immediatamente successive alla dimissione del paziente dalla sala operatoria (5-30% degli eventi avversi nel peri-operatorio). Gli eventi avversi più frequenti interessano il sistema respiratorio e il sistema cardiocircolatorio. Pertanto è necessario effettuare un accurato monitoraggio del paziente nell'immediato postoperatorio e un trattamento aggressivo delle eventuali complicanze in ambiente attrezzato prima della dimissione dalla sala operatoria. La PACU è di supporto esclusivo ai pazienti operati presso le camere operatorie BOE. La PACU è in capo come centro di responsabilità/costo alla UOC Anestesia e Rianimazione Generale. Nelle liste operatorie dovrà essere riportata la necessità di assistenza in PACU specificando se si tratta di assistenza breve o intensiva secondo i criteri di seguito riportati. Nel caso si renda necessaria un'assistenza in PACU di tipo Intensivo il paziente operando deve essere inserito nella lista operatoria come primo intervento al fine di poter garantire il giusto timing d'osservazione compatibile con l'orario di chiusura della PACU. È consentita l'osservazione in PACU solo a quei pazienti per i quali la somma della durata dell'intervento e della durata di osservazione post-intervento presunta e necessaria non superi l'orario di chiusura stabilito.

Principi organizzativi specifici

1. Risorse strutturali e organizzazione degli spazi

La PACU è localizzata in un unico locale collocato centralmente al Blocco Operatorio Elettivo; è idealmente organizzata in tre spazi fisici denominati:



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**
Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 42 di 110

- "Area Osservazione Intensiva";
- "Area Osservazione NON Intensiva";
- "Area Accettazione";

Per un totale di n° 10/11 posti letto

Area Osservazione Intensiva

Tale area è localizzata nel lato sinistro rispetto all'ingresso della PACU; è separata dal resto del locale da apposita vetrata aperta centralmente al fine di favorire ingresso e uscita dei pazienti; presenta 3 postazioni.

Area Osservazione NON Intensiva

Tale area è localizzata frontalmente all'ingresso della PACU; non ha separazione fisica rispetto alle altre aree; presenta 4/5 postazioni.

Area Accettazione

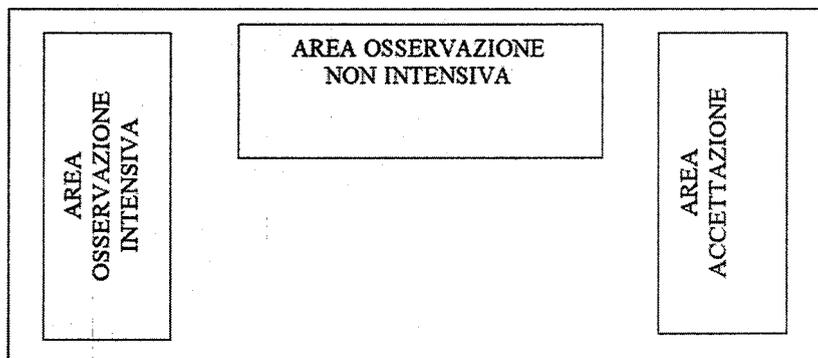
Tale area è localizzata nel lato destro rispetto all'ingresso della PACU; presenta 3 postazioni per pazienti operandi. I primi pazienti liste operatorie vanno portati direttamente nelle rispettive presale chirurgiche

2. Organizzazione oraria

La PACU è attiva 12 ore con 1 infermiere reperibile di notte per i pazienti non trasferibili in Terapia Intensiva per mancanza di posto letto, l'indomani mattina il paziente dovrà avere la priorità per il ricovero in Terapia intensiva. La PACU è attiva per monitorare i pazienti dopo interventi chirurgici urgenti e dal lunedì al sabato, per i pazienti sottoposti ad interventi elettivi che possono essere ricoverati in tale area fino alle ore 20,00. Soltanto eccezionalmente, pazienti operati per interventi chirurgici elettivi e che necessitano di monitoraggio post-operatorio prolungato, in mancanza di posto letto nelle terapie intensive post-operatorie, potranno rimanere monitorati nella PACU durante la notte. I paz. sono seguiti dagli anestesisti.

3. Criteri di ammissione in PACU
Area Osservazione Intensiva:

E' dedicata a pazienti sottoposti ad intervento chirurgico maggiore e con rischio anestesiológico pari ad ASA = 3 o 4; accoglie pazienti che necessitano di osservazione post-operatoria prolungata (> 3h) in condizioni di stabilità emodinamica con respirazione assistita o spontanea ed eccezionalmente





Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 43 di 110

accoglie pazienti che necessitano di ricovero in terapia intensiva e per i quali non è immediatamente disponibile il posto letto in CR.

Area Osservazione NON Intensiva:

È dedicata a pazienti sottoposti ad interventi intermedi/minori o con rischio anestesiológico pari ad ASA 1, 2 o 3; accoglie pazienti che necessitano di osservazione post operatoria breve (< 3h) in condizioni di stabilità emodinamica e con respirazione spontanea

4. Risorse Tecnologiche**Area Osservazione Intensiva / Area Osservazione Breve**

- sistema di monitoraggio completo di ECG, frequenza cardiaca, pressione arteriosa non invasiva, pressione invasiva, SpO₂;
- flussometri con umidificatori per ossigenoterapia;
- sistema di ventilazione manuale;
- sistema di aspirazione;
- sistema di misura della temperatura;
- barella/letto con materasso rigido e protezioni laterali removibili;
- un impianto di gas medicali (2 prese O₂, 2 prese vuoto, 1 presa aria compressa per posto letto), munito di allarme ottico e acustico per segnalazione di variazione di pressione dei gas medicali e/o dei guasti dell'impianto;
- 8 prese di forza motrice a posto letto;
- prese per apparecchi ad alto assorbimento di corrente;
- impianto rilevazione incendi;
- un lavabo.

Dispositivi prontamente disponibili:

- sistemi di riscaldamento paziente;
- defibrillatore;
- ventilatore meccanico, preferibilmente con funzioni NIV;
- broncoscopio;
- capnometro con raccordo per tubo endotracheale e con cannule nasali;
- 2 pompe siringa a postazione;
- monitor per la trasmissione neuro-muscolare (TNM).e farmaci antagonisti dei bloccanti neuromuscolari;
- stimolatore cardiaco;
- farmaci e dispositivi per emergenza e gestione vie aeree difficili;
- sistema CPAP con accessori (se ventilatore meccanico senza funzioni NIV);
- ventilatore da trasporto;
- monitor da trasporto
- Macchina per EGA;
- Tromboelastogramma;



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 44 di 110

- Dispositivi per misurare la temperatura corporea.

5. Modalità operative per il trasporto dei pazienti dalla Sala Operatoria alla PACU

È raccomandato che l'anestesista prima di trasferire un paziente dalla sala operatoria verifichi la disponibilità di spazio e personale disponibile alla sorveglianza in PACU. In caso contrario trattiene il paziente nella pre-sala.

Requisito fondamentale per il trasferimento è la stabilità dei parametri vitali.

La documentazione clinica, ivi compresa la scheda anestesiologicala peri operatoria accompagna il paziente in PACU.

6. Criteri di dimissione dalla PACU

La responsabilità del trasferimento del paziente dalla PACU al reparto di degenza è dell'anestesista. Il paziente può essere trasferito al reparto di degenza quando sono soddisfatti i seguenti criteri:

- deve essere cosciente senza stimolazione eccessiva;
- deve essere in grado di mantenere la pervietà delle vie aeree in modo autonomo e devono essere presenti i riflessi protettivi (deglutizione e tosse) delle vie aeree;
- la respirazione e l'ossigenazione sono soddisfacenti;
- il sistema cardiovascolare è stabile e non vi è sanguinamento persistente;
- i valori di polso e pressione arteriosa sono vicini ai normali valori preoperatori;
- la perfusione periferica è adeguata (cute calda, rosea, tempo di riempimento capillare < 3 secondi);
- il dolore è ben controllato;
- nausea e vomito sono assenti;
- la normotermia è ristabilita;
- si è verificato il recupero dell'attività motoria e della forza muscolare.

La dimissibilità del paziente deve essere documentata in cartella clinica.

7. Modalità operative per il trasporto dei pazienti dalla PACU al Reparto di degenza

L'anestesista, decide il momento della dimissione dalla PACU e organizza il trasporto in funzione delle condizioni cliniche del paziente, delle comorbidità, del tipo e durata dell'intervento e della destinazione (reparto di degenza ordinario o Terapia intensiva) trascrivendolo sulla "cartella PACU".

Nel caso in cui il paziente non sia idoneo per il trasferimento in reparto di degenza, sarà cura dell'anestesista reperire posto letto in una delle Terapie Intensive post-operatorie dell'ospedale.

7.6 Centrali di sterilizzazione

Vedi delibera "Processi di sterilizzazione e ambiti sanitari interessati" AOSCF.

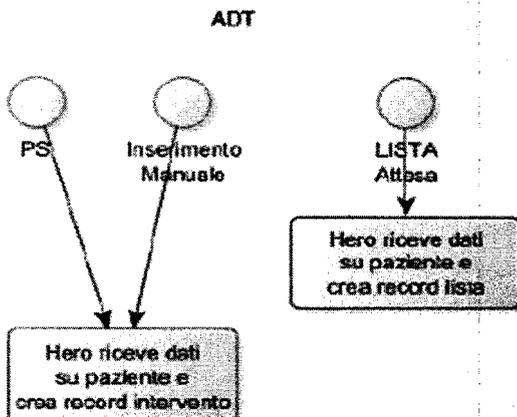


Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/SOBC01/22/02		Pag. 45 di 110

7.7 Registro sala operatorio informatizzato

7.7.1 Processo informatico (vedi flow 6.3)

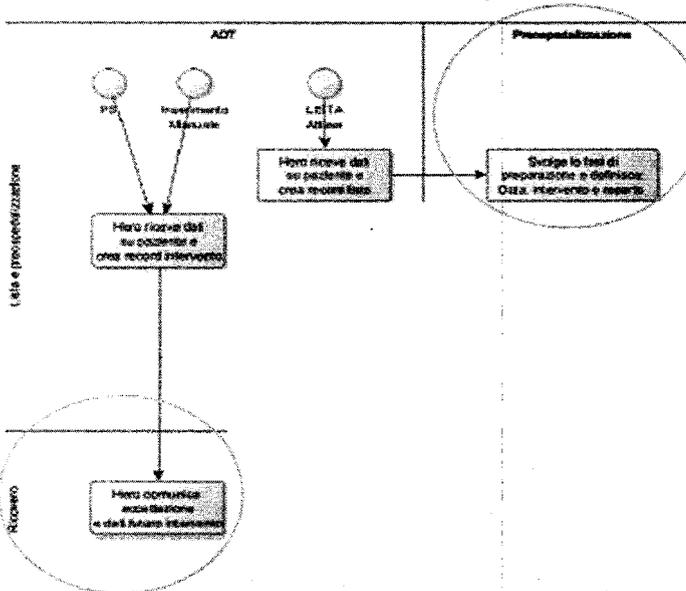
7.7.1.1 Comunicazione ricoveri ADT-SIS4Care



Il sistema di ADT riceve i dati dai diversi flussi di afferenza:

- PS
- Inserimento manuale
- Lista di attesa

SIS4Care riceve da ADT i dati e rende disponibile:

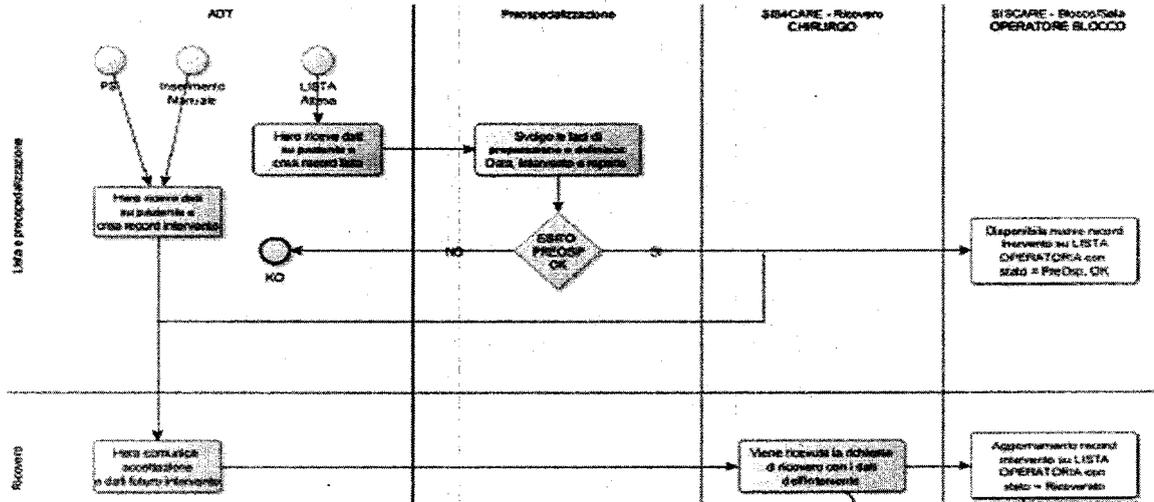


1. una richiesta di accettazione per futuro ricovero_ se proveniente da PS o Inserimento manuale su HERO
2. una richiesta di preospedalizzazione per futuro ricovero_ se provenienti da lista d'attesa Hero



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/SOBC01/22/02		Pag. 46 di 110

7.7.1.2 Creazione nuovo evento chirurgico su lista operatoria



Se la preoperatoria ha esito positivo e viene indicata la data di intervento; oppure se per un ricovero viene creato un nuovo evento chirurgico, la lista operatoria sarà popolata da un nuovo record.

Per creare un nuovo evento chirurgico dovranno essere compilati i dati dell'intervento:

Nuovo evento chirurgico
 Ricovero
 Data Evento chirurgico
 Nome sala/Intervento
 Località e trattamento (vedi dati)
 Preparazione dei tessuti operatoria (interventi al momento e fasi) (vedi)
 Disposizione intervento chirurgico (vedi)
 Chiave intervento (vedi)
 Intervento (vedi)
 Disposizione cura (vedi)
 Durata intervento (vedi)
 Data di intervento
 Stato di ricovero
 Note

Disposizione sala operatoria (vedi)
 Chiave intervento (vedi)
 Intervento (vedi)
 Disposizione cura (vedi)
 Durata intervento (vedi)
 Data di intervento
 Stato di ricovero
 Note

Disposizione sala operatoria (vedi)
 Chiave intervento (vedi)
 Intervento (vedi)
 Disposizione cura (vedi)
 Durata intervento (vedi)
 Data di intervento
 Stato di ricovero
 Note

Disposizione sala operatoria (vedi)
 Chiave intervento (vedi)
 Intervento (vedi)
 Disposizione cura (vedi)
 Durata intervento (vedi)
 Data di intervento
 Stato di ricovero
 Note

51



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

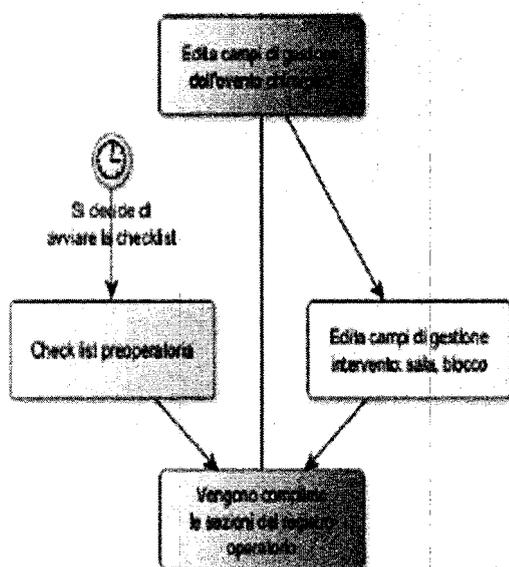
Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 47 di 110

7.7.1.3 Compilazione delle sezioni di registro operatorio

Quando l'evento chirurgico viene creato, è possibile accedere alla compilazione delle sezioni di registro operatorio:



REGISTRO OPERATORIO

2024/04/10/2022

NUMERO INTERVENTO: 22 DEL 16/05/2022
 CLINICA: PROZAL
 NOME PAZIENTE:
 DATA DI NASCITA: 16/05/1962 ETA: 60 ANNI
 SESSO: F

NOSOLOGICO: [REDACTED]
 ANNO INTERVENTO: 2021
 BLOCCO: [REDACTED]
 BLOCCO: LAVORO 5
 SALA: 1

Sign In Time Out Intervento Equipe Descrizione Intervento Scheda Anestesiologica Sign Out



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 48 di 110

7.7.2 Lista operatoria

Per la lista operatoria:

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

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

- cognome nome;
- in lista operatoria da (dato da estrarre da HERO);
- reparto ricovero e/o Day Hospital e letto;
- ricovero ordinario o di libera professione o per altra struttura;
- diagnosi;
- nome comune intervento;
- classe di priorità;
- tempo totale intervento del singolo intervento;
- primo chirurgo e UOC appartenenza;
- sangue / recupero sangue;
- note (inserire presidi ed accessori per intervento) testo libero;
- uscita dal Blocco _ colonna contenente la destinazione Pacu/terapia intensiva/rientro reparto/dimissione a casa. Tale colonna dovrà prevedere la possibilità di inserire la destinazione senza entrare nella singola scheda del paziente (Menù a tendina di scelta Pacu/terapia intensiva/rientro reparto/dimissione a casa).

Per ogni singola sala sono evidenziati:

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

Quando il paziente esce fisicamente dal "blocco operatorio" **esce dalla lista.**

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

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

Tale allert dovrà essere visibile al gruppo GBO*.

*GBO_Gruppo Operativo del Blocco Operatorio multidisciplinare e multiprofessionale, uno per ogni blocco operatorio (Piastra, Lancisi, Puddù e Sala).



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 49 di 110

La compilazione del nuovo evento chirurgico prevede che:

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

In assenza di questi dati il sistema non va avanti.

I tempi:

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

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

Questo schema è stampabile per blocco e per singola sala.



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 50 di 110

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

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

7.7.3 Cruscotto direzionale

In virtù di quanto riportato sopra; è stato predisposto un cruscotto direzionale che permette di monitorizzare l'utilizzo delle sale secondo il modello in uso nei maggiori ospedali italiani.

- A. **Visione completa dei blocchi operatori** con riportare le sale operatorie attive. Per ogni sala data e ora inizio primo intervento e gli interventi previsti estratti dal Lista operatoria con presumibile fine interventi.
- B. **Visione particolareggiata della singola sala** con ora inizio programmato e inseriti i pazienti da lista. A fianco situazione reale data inizio e tempi reali dei vari interventi. Ogni intervento deve riportare tipo intervento e primo operatore e anestesista.
- C. **Utilizzo ottimale tempo sala operatoria**

Ogni giorno, in tutti i casi in cui gli interventi si discostino di più di **30 minuti dalle ore programmate** deve partire un **allert sul telefonino** e per mail ai responsabili del blocco operatorio GBO (Gruppo Operativo del Blocco Operatorio multidisciplinare e multiprofessionale uno per ogni blocco operatorio (Piastra, Lancisi, Puddu e Sala).

Nei casi di sale operatorie utilizzate **oltre le ore 19.30** (ora fine intervento) deve partire un allert sul telefonino e per mail ai responsabili del blocco operatorio GBO uno per ogni blocco operatorio (Piastra, Lancisi, Puddu e Sala) e p.c. al direttore sanitario ed al direttore UOSD blocchi operatori, oltre che al direttore di UOC Chirurgica e Anestesiologica interessata.

D. Report e statistiche

➤ **Ogni sabato** deve partire:

- un report con utilizzo sale operatorie in % diviso per blocchi. Questo report va inviato a gruppo GBO, al direttore sanitario, al DIPRO, al direttore UOSD blocchi operatori;
- un report con utilizzo sale operatorie in % diviso per "UOC primo operatore", ovvero per monitorare l'utilizzo delle sale attribuite a ciascuna UOC/UOSD. Questo report va inviato



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**
Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 51 di 110

a gruppo GBO, al direttore sanitario, al direttore UOSD blocchi operatori ai direttori di UOC/UOSD interessati, ai rispettivi direttori di UOCO/UOSD anestesia e rianimazione.

➤ **Ogni mese** deve partire:

- un report con utilizzo sale operatorie in % diviso per blocchi e per singola sala e per singola disciplina chirurgica comprese le sale di emergenza e la PACU. Questo report va inviato al direttore generale, al direttore sanitario, al DIPRO, al GAPAC aziendale al direttore UOSD blocchi operatori ai direttori di UOC/UOSD interessati, ai rispettivi direttori di UOCO/UOSD anestesia e rianimazione.

➤ **Ogni anno** deve partire:

- un report con utilizzo sale operatorie in % diviso per blocchi e per singola sala e per singola disciplina chirurgica comprese le sale di emergenza e la PACU. Questo report va inviato al direttore generale, al direttore sanitario, al DIPRO, al GAPAC aziendale, al controllo di gestione, al direttore UOSD blocchi operatori ai direttori di UOC/UOSD interessati, ai rispettivi direttori di UOC/UOSD anestesia e rianimazione.

7.8 Procedure/Disposizioni Operative

Restano vigenti tutte le procedure già adottate e validate in Azienda fino a scadenza e/o revisione delle stesse. Ove le procedure pre-esistenti fosse in contrasto con il presente regolamento, l'atto preponderante è costituito dal presente Regolamento approvato.

Le Sale Operatorie sono utilizzate con modalità di integrazione multi specialistica e non dedicata fatte salve le specifiche operative e specialistiche che lo richiedano per ragioni igieniche e/o logistico organizzative attinenti alla disciplina; è stata peraltro definita, e sarà oggetto di revisione annuale da parte del GAPAC un'assegnazione funzionale prevalente alle diverse specialità chirurgiche.

L'uso delle Sale Operatorie è distinto nelle due linee:

1) **Elezione** (interventi programmati)

2) **Emergenza/Urgenza**

ELEZIONE

EMERGENZA/URGENZA

L'uso delle Sale di Emergenza ha carattere **esclusivo** mentre, in casi motivati di necessità, le Sale assegnate all'Elezione possono essere utilizzate per interventi di Emergenza/Urgenza (vedi cap.3.1).



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 52 di 110

7.8.1 Elezione**ELEZIONE****EMERGENZA/URGENZA**

L'utilizzo delle Sale Operatorie da parte delle UU.OO. Chirurgiche avviene mediante l'approntamento delle **LISTE OPERATORIE**.

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

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

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

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 53 di 110

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

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

Le LOV vengono redatte dal Direttore della UOC Chirurgica in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie enunciati in Tabella 1 (vedi pg. 52) ed i tempi del Blocco Operatorio identificati in Tabella 2 (vedi pg. 60), in stretta correlazione con la tipologia e la sequenza degli interventi chirurgici programmati, con i tempi standard di esecuzione e con le procedure di ricondizionamento del teatro operatorio.

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

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

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

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

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

La validazione delle Liste Operatorie da parte della Direzione Sanitaria, per il tramite del Coordinatore dei Blocchi Operatori, è data ove esse siano redatte in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie ed i Tempi di disponibilità del Blocco Operatorio enunciate nel presente regolamento. La mancata convalida comporta la necessità di modifica delle LOV e la nuova programmazione degli interventi in conformità ai criteri ed ai tempi appropriati.

In tal caso, la questione sarà oggetto di un successivo esame da parte del Comitato delle Sale Operatorie e del Direttore Sanitario.



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 54 di 110

7.8.1.1 Lista Operatoria Settimanale

La lista operatoria settimane proposta dal Direttore di UO Chirurgica si autoalimenta tramite il registro operatorio informatizzato, deve in ogni caso pervenire entro il venerdì della settimana precedente, elaborata in ordine ai criteri enunciati nel presente Regolamento su apposito format modulistico aziendale che si allega al presente regolamento.

La Lista Operatoria settimanale viene redatta dal Direttore della UOC Chirurgica in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie enunciati in Tabella 1 (vedi pg. 52) e i tempi del Blocco Operatorio identificati in Tabella 2 (vedi pg. 60), in stretta correlazione con la tipologia e la sequenza degli interventi chirurgici programmati, con i tempi standard di esecuzione e con le procedure di ricondizionamento del teatro operatorio.

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

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

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

A tale riguardo è essenziale che gli Anestesisti che effettuano la preospedalizzazione si interfaccino con gli Anestesisti dei Blocchi Operatori referenti per le singole Specialità Chirurgiche, per assicurare la congruità della visita anestesiologicala "pre-intervento", basandosi sul PDTA di preospedalizzazione. È inoltre di fondamentale importanza che gli interventi chirurgici siano programmati ed effettuati tassativamente entro i termini temporali di validità della preospedalizzazione.

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

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

7.8.1.2 Lista Operatoria giornaliera

La Lista Operatoria Giornaliera è, per quanto possibile, la conferma della LOV settimanale e deve pervenire **TASSATIVAMENTE entro le ore 10.00 del giorno precedente la seduta operatoria.**

La LOV deve riportare, qualora necessario, la disponibilità di posto letto in PACU o TIPO, la necessità di sangue ed eventuali note importanti per la gestione perioperatoria (es intubazione assistita, recupero sangue, circolazione extracorporea, ecc).

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 55 di 110

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

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

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

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

Particolare cura va posta al rispetto dell'orario dell'ultimo intervento (chiusura cute-cute), **al fine di garantire l'igienizzazione, il riordino, il rifornimento della sala e la preparazione del materiale necessario alla prima seduta del gg successivo**, entro la conclusione del turno del personale delle professioni sanitarie e degli OSS, comportando dispersione delle preziose risorse umane dedicate. In nessun caso si potrà comunque **negare l'esecuzione di interventi chirurgici** il cui tempo standard sia compatibile con il termine delle attività operatorie delle ore 18.30 - 19.00 (uscita sala o presala).

7.8.2 Emergenza/Urgenza

ELEZIONE

EMERGENZA/URGENZA

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

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

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

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

Nel BOE, le Sale Operatorie dedicate agli interventi di Emergenza per la Chirurgia d'Urgenza, la Neurochirurgia e le altre Specialità Chirurgiche sono le sale operatorie BOE 1-2-3 in quanto collocate in prossimità della PACU, e la sala operatoria 5, collocata nel blocco cardiovascolare del Lancisi.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 56 di 110

La Sala 2 BOE è dotata di anestesista di guardia e di personale delle professioni sanitarie in H 24, 7/7 gg ed è la prima ad essere utilizzata.

La Sala 1 BOE è dotata di personale delle professioni sanitarie in H 24, 7/7 gg e, in caso di necessità per un secondo intervento concomitante viene attivata con l'anestesista di guardia Shock e Trauma G2, se questo non disponibile si attiva chiamata a cascata di medico anestesista di altre UU OO, ad iniziare dall'anestesista di guardia della neurochirurgia.

La Sala 3 BOE è dotata di anestesista di guardia UO Anestesia Neuroscienze e di personale delle professioni sanitarie in H 24, 7/7 gg ed è la prima ad essere utilizzata in caso di intervento neurochirurgico.

La sala 5 Lancisi è dotata di anestesista di guardia UO Anestesia cardiovascolare e di personale delle professioni sanitarie in H 24, 7/7 gg ed è la prima ad essere utilizzata in caso di intervento cardiocirurgico o vascolare.

Nel Padiglione "Sala", agli interventi di emergenza di Ostetricia-Ginecologia in ore diurne (8-20) è dedicata la Sala di Ginecologia. I medesimi interventi in ore notturne (20-8) vengono svolti nelle sale di urgenza 1 o 3.

Nel Padiglione "Puddu" non vengono eseguiti interventi di emergenza/urgenza, al di fuori di quelli di Cardiologia Interventistica e di Radiologia Interventistica, che vengono comunque eseguiti nelle Sale dedicate a tali specialità.

Ove entrambe le Sale 1 o 3 siano non occupate, una di esse può essere utilizzata per interventi di Elezione di breve durata non altrimenti programmabili (es pazienti delle terapie intensive), previo nulla osta del Direttore della UO di Shock e Trauma di concerto con il chirurgo di guardia che verificheranno l'inesistenza di imminenti contemporanee situazioni di urgenza contemporanea.

In caso di tale nulla osta il Dirigente Medico Coordinatore avrà cura di consentire apposita seduta operatoria secondo criteri condivisi con il Comitato Gestionale delle Camere Operatorie (identificazione disciplina, identificazione anestesista, ecc...)

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

1. Emergenza:

Condizione che necessita di un intervento immediato e non procrastinabile in relazione ad un quadro clinico di pericolo di perdita della vita o di una funzione o di un organo ove l'intervento non venga eseguito. L'indicazione all'intervento e la definizione dell'emergenza viene data dal chirurgo proponente di concerto con l'anestesista-rianimatore d'urgenza.

In caso di urgenze concomitanti della stessa o di discipline differenti i *chirurghi proponenti*, sentito l'*anestesista* e di concerto con il *chirurgo d'urgenza* identificano la priorità di intervento.

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

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 57 di 110

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

2. Urgenze Indifferibili:

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

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

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

Sono dedicate all'urgenza-emergenza **le sale operatorie 1, 2, 3 del BOE e 5 del Lancisi**

La sala operatoria 5 Lancisi è una sala operatoria per urgenze-emergenze cardiovascolari ove si svolgono interventi di chirurgia pulita. Pertanto interventi di chirurgia addominale o comunque interventi di chirurgia pulita-contaminata o di chirurgia sporca non possono essere effettuati in tale sala neanche in regime di emergenza. In caso di emergenze concomitanti superiori al numero e tipologia delle sale disponibili, la prima delle sale elettive che termina la seduta operatoria è individuata per la risoluzione dell'emergenza chirurgica soprannumeraria.

- Le equipe infermieristiche sono presenti h 24 per l'attivazione delle sale **1, 2, 3 del BOE e 5 del Lancisi**. E' attivabile una ulteriore equipe infermieristica per seconda urgenza cardiovascolare.
 - L'anestesista è presente nel blocco operatorio per la sala 2; in caso di emergenze concomitanti la seconda sala 1 viene attivata con l'anestesista rianimatore che ha il ruolo di G2 presso la Rianimazione Shock e Trauma. La sala 3 è attivata con anestesista testa collo. La sala 5 Lancisi è attivata con l'anestesista cardiovascolare
- Ove sia destinato un anestesista rianimatore stabilmente alla sala operatoria 3, sarà possibile attuare un maggiore coinvolgimento di entrambe le sale con un meccanismo di lavoro a scacchiera che consenta la disponibilità costante di una sala d'emergenza per le patologie tempo-dipendenti (es. politrauma). È necessario avere sempre la pronta disponibilità di una sala per garantire il tempestivo accesso in casi patologie tempo dipendenti per le quali l'azienda Ospedaliera riveste funzione di HUB nelle reti assistenziali regionali (es. Trauma grave, Ictus emorragico, Aneurisma aortico ecc.).



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 58 di 110

- Nel caso raro ma verificatosi della presenza di 4 urgenze contemporaneamente presenti nelle sale operatorie DEA-BOE:
 - in ore diurne (8-20), una volta impegnate le sale 1-2-3, sarà attivata una quarta sala del BOE libera da interventi chirurgici, utilizzando gli operatori sanitari presenti nel blocco operatorio, l'anestesista sarà quello di pertinenza della sala operatoria elettiva utilizzata per l'intervento soprannumerario.
 - In orario notturno (20-8) verrà attivata una delle quattro sale urgenza non utilizzate indipendentemente dalla specialità di riferimento, con ordine priorità 1-3-2 BOE e 5 Lancisi.
- In caso di divergenze o incertezze sulle destinazioni e sulle problematiche organizzative in corso di emergenze multiple, il Coordinatore delle sale operatorie da disposizioni applicative dirimenti sentito il Coordinatore Infermieristico o suo delegato, l'anestesista d'urgenza ed i chirurghi coinvolti.

7.8.3 Orario Attività

I Blocchi Operatori osservano l'**orario 07.00 – 19.50**, che corrisponde alla turnazione del personale delle professioni sanitarie e degli altri operatori del Comparto.

In tale orario, vengono espletate n. **2 SEDUTE** operatorie **08.00/13.00 – 13.00/18.30-19.00** (Fine ultimo intervento, con **chiusura sala alle 19.50**)

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

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

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

La verifica della **check list** della camera operatoria deve essere effettuata in tempi utili per il rispetto dei tempi indicati. Sono responsabili della verifica della check list il Coordinatore check list (vedi procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione della check list delibera 1643 del 1 dicembre 2017).



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 59 di 110

L'**anestesista** deve essere presente nel Blocco Operatorio alle ore **08.00**

L'**anestesista di PACU** deve essere in **PACU** alle ore **08.15 per la presa in carico del paziente.**

Il **chirurgo** deve essere presente nel Blocco Operatorio alle ore **08.00.**

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

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

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

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

Nessun paziente (tranne il caso menzionato al capitolo 7.5 al paragrafo 2) potrà comunque permanere presso la PACU oltre le ore 19.30.

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

Per l'espletamento delle sue attività, l'anestesista si avvale del **coordinatore infermieristico** del Blocco Operatorio.

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

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

- cartella clinica;
- cartella di pre-ospedalizzazione;
- scheda anestesiologicala;
- scheda di intervento chirurgico – redatta interamente e siglata dal chirurgo operatore con descrizione riportata nel registro operatorio;
- Check list operatoria.



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 60 di 110

Tabella 2 – Tempi del Blocco Operatorio

07.00	Apertura del Blocco
	Ripristino igienico della sala prima dell'inizio dell'attività (come da procedura operativa aziendale sulla sanificazione dei BB.OO.) ed allestimento della sala
07.30	Sala allestita con Tavolo Servitore – Paziente in Blocco
07.10-7.50	Paziente in presala o in PACU
08.00	Anestesista e Chirurgo in Blocco
08.15	Anestesista in PACU
08.30	Inizio Primo Intervento (incisione cute)
Prima della Fine Intervento	Chiamata Paziente successivo da Reparto
Fine Intervento	Paziente in Blocco operatorio o trasferimento in presala o PACU
Tra gli interventi dopo il primo prevista in media 55 minuti. Gli interventi di sanificazione della sala operatoria fra un intervento e l'altro devono essere eseguiti prontamente da personale esperto per permettere la ripresa dell'attività chirurgica	Sanificazione (vedi tempi previsti intervento per intervento)
	Sala allestita (vedi tempi previsti intervento per intervento)
	Paziente in Sala – Incisione Cute
18.30 - 19.00	Fine Ultimo Intervento
	Esecuzione degli interventi di sanificazione di tutte le superfici della sala operatoria e di tutte le attrezzature in essa contenute al fine di garantire l'igienizzazione, il riordino, il rifornimento della sala e la preparazione del materiale necessario alla prima seduta del gg successivo
19.50	Fine delle attività di Elezione (Chiusura Blocco)



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 61 di 110

7.8.4 SVOLGIMENTO DELLE SEDUTE OPERATORIE

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

PREPARAZIONE PAZIENTI NELLE DEGENZE

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

- Verifica la completezza della documentazione clinica assicurandosi in particolar modo che i consensi informati siano presenti e firmati da tutte le parti (entro le ore 7.15 per il primo paziente della mattina);
- **Compila la Check List chirurgica nella parte di competenza del reparto;**
- Somministra la terapia eventualmente prescritta (es per patologie cardiovascolari e neurologiche);
- Controlla che il paziente presenti gli accessi vascolari richiesti e, in caso negativo, provvede a posizionare quelli di propria competenza;
- Accerta l'avvenuta igiene personale;
- Esegue la tricotomia o, se già effettuata dal paziente, ne verifica la conformità;
- Dota di camice in TNT il paziente, che deve indossarlo prima di essere accompagnato in sala;
- Consegna al personale addetto al trasporto la documentazione sanitaria cartacea (completa di STU e Check-list), fatti salvi i casi in cui è in uso la cartella clinica informatizzata, e i farmaci eventualmente prescritti per quel paziente (per gli antibiotici, in ottemperanza alla procedura "Profilassi antibiotica nel paziente chirurgico - D/903/P177-B"), che possono essere somministrati direttamente nel blocco operatorio;
- Verifica l'allestimento del letto per il rientro del paziente dalla sala operatoria, quando previsto.

VERIFICA PREPARAZIONE SALA OPERATORIA

È fatto obbligo al personale infermieristico addetto del blocco operatorio verificare che la sala sia pronta per l'ingresso del paziente e fruibile per gli atti anestesiológicos alle ore 7.15 per le sedute antimeridiane e alle ore 13.15 per le sedute pomeridiane, in caso di anestesia generale, o chirurgici. In particolare, in conformità a quanto previsto nella "Checklist di sala operatoria", devono essere realizzate le seguenti circostanze:

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 62 di 110

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

TRASPORTO PAZIENTI PRIMI DELLA LISTA

I primi pazienti delle liste sono condotti al Blocco Operatorio dal personale addetto al trasporto alle ore 7.10 per le sedute antimeridiane e alle ore 13.15 per le sedute pomeridiane. All'arrivo nel Blocco Operatorio i pazienti sono presi in carico dall'infermiere.

AVVISO PREPARAZIONE PAZIENTI SUCCESSIVI NELLE DEGENZE

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

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

INGRESSO NEL BLOCCO OPERATORIO

Il personale addetto al trasporto accompagna l'operando all'interno del blocco operatorio di norma fino allo spazio del-passa malati, salvo diverse modalità organizzative. L'anestesista e l'infermiere prendono in carico il paziente, l'infermiere registra sul registro operatorio informatizzato il relativo orario e con l'anestesista inizia la procedura di preparazione all'anestesia.

INGRESSO SALA OPERATORIA

Il paziente viene introdotto in sala operatoria.

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

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

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

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 63 di 110

PREPARAZIONE ANESTESIOLOGICA DEL PAZIENTE

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

In questa fase deve essere presente almeno un chirurgo della equipe indicata nella lista operatoria. L'orario di inizio preparazione paziente deve essere indicato dall'anestesista nel registro operatorio del paziente.

FINE DEL TEMPO ANESTESIOLOGICO PER INIZIO TEMPO CHIRURGICO

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

COMPILAZIONE CHECK LIST

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

(<http://www.scamilloforlanini.rm.it/l-ospedale/qualita-e-sicurezza-delle-cure-risk-management/qualita/procedure-aziendali/procedure-aziendali-approvate/257-d1643-17-recipientamento-raccomandazione-ministeriale-2-3-e-check-list/file>)

PREPARAZIONE CHIRURGICA

Iniziano le manovre indispensabili all'espletamento dell'intervento stesso ad esempio preparazione del campo operatorio, riduzione di frattura, ecc...Alla conclusione dell'intervento, il chirurgo ne annota l'orario nel registro operatorio e controfirma le sezioni specifiche della Checklist di sala operatoria.

INCISIONE

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

SUTURA

Questo momento, solitamente identificato con la chiusura dell'incisione chirurgica, comprende anche quelle manovre non prettamente chirurgiche, ma indispensabili al completamento dell'intervento stesso, quali medicazioni, posizionamento di apparecchi gessati ed eventuale controllo radiologico. Alla conclusione dell'intervento, il chirurgo ne annota l'orario nel registro operatorio (tra le note) e controfirma le sezioni specifiche della Checklist di sala operatoria.

FINE IMPEGNO ANESTESISTA



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 64 di 110

L'anestesista dichiara terminate le prestazioni di sua competenza sul paziente in sala operatoria e comunica che può essere trasferito fuori dalla sala. Nell'eventualità di indisponibilità di posto letto di TI e di PACU l'anestesista continua ad assistere il paziente nella stessa sala operatoria, che resta indisponibile.

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

USCITA DEL PAZIENTE DALLA SALA OPERATORIA

Il paziente esce fisicamente dalla sala operatoria per essere trasferito in reparto o PACU o TI, l'infermiere segna l'orario nel registro operatorio (vedi capitolo 7.7 Registro sala operatorio informatizzato).

USCITA DEL PAZIENTE DAL BLOCCO OPERATORIO

L'infermiere registra l'orario in cui il paziente esce dal blocco operatorio. Nel caso di pazienti destinati alla TI l'infermiere avrà particolare cura nell'handover con i colleghi della TI.

REFERTAZIONE DELL'ATTO CHIRURGICO

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

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

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

Se necessario, ciascuna figura professionale coinvolta nella compilazione del registro, potrà apporre modifiche alla propria parte di referto secondo le modalità previste dall'applicativo. Il referto eventualmente modificato deve essere stampato e sottoscritto con la dizione "il presente atto sostituisce ed/od integra il precedente". Si evidenzia che l'applicativo consente modifiche entro e non oltre 48 ore dall'orario di uscita del paziente dal blocco operatorio: è effettuato un monitoraggio della frequenza di accadimento e delle figure responsabili dei referti incompleti.

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

TEMPI DI "CAMBIO PAZIENTE"

Il tempo di cambio paziente consta di una fase di ripristino della sala e una fase di avvio dell'intervento. Il tempo di "ripristino della sala" inizia dal momento dell'uscita del paziente precedente dalla sala operatoria e termina al momento in cui la sala è pronta per l'ingresso del paziente successivo. La



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**
Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/SOBC01/22/02

Pag. 65 di 110

durata del ripristino può variare in funzione della tipologia di intervento, in ragione del variabile utilizzo di strumentario e apparecchiature. L'obiettivo è di contenere il tempo di ripristino della sala entro i 30-55 minuti. Il tempo di "avvio dell'intervento" inizia dal momento in cui la sala è pronta per l'ingresso del paziente e finisce con l'incisione. La durata dell'avvio intervento può variare in funzione della specialità e dell'intervento specifico.

In ogni caso l'obiettivo generale è di contenere la durata complessiva dei tempi di cambio paziente entro il limite massimo di 55 minuti. Tale limite può subire variazioni verso il basso in base alla disciplina e alla tipologia di intervento eseguito ed è soggetto a monitoraggio e valutazione da parte della Direzione Operativa.

7.9 Recupero sangue

Tipo di apparecchiature usate

- Cell-Saver 5 (Haemonetics), CATS (Fresenius) per il Dipartimento Cardiovascolare;
- Cell-Saver 5 (Haemonetics), per la Chirurgia elettiva generale e specialistica (Urologica, Ortopedica-Traumatologia, Neurochirurgia, Chirurgia Ostetrica-Ginecologica; Chirurgia Pediatrica; Chirurgia Generale; Chirurgia Toracica, Chirurgia dei Trapianti);
- Cell-Saver 5 (Haemonetics) per le Chirurgie d'urgenza.

Come attivare il servizio

Il medico specialista dell'equipe anestesiologicala in sinergia con l'equipe chirurgica compila la richiesta (Mod 01 PSQST126 vedi allegato 13.4) del recupero sangue per tutti gli interventi chirurgici che prevedono una perdita ematica perioperatoria superiore a 500 cc. La richiesta dell'attività del recupero dovrà pervenire al SIMT 24/48 ore prima dell'intervento chirurgico e preferibilmente in modo contestuale alla richiesta di sangue allogenico. Appena pervenuta al SIMT, la richiesta di recupero dovrà essere accettata sul Sistema gestionale Emonet dal personale afferente alla Medicina Trasfusionale e successivamente gestita dal Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare in turno A (Area dell'accettazione e della consulenza di medicina trasfusionale). Trattandosi di una richiesta di unità di sangue autologo ottenute con il recupero intra- post-operatorio, l'emocomponente richiesto deve essere registrato come "Emazie concentrate SBC filtrate, lavate da RIO e da RPO" (Sistema Gestionale EmoNet). La richiesta non deve essere accompagnata da campioni di sangue poiché rappresenta esclusivamente la richiesta di una procedura strumentale. Nell'apposito spazio del modulo, il Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico dovrà applicare l'etichetta di accettazione della richiesta trasfusionale, analogamente a quanto viene fatto per le richieste di emocomponenti. Di norma il medico dell'area B (area dell'urgenza e dell'attribuzione), di concerto con quello dell'area A (dell'accettazione e della consulenza di medicina trasfusionale) deve curarsi di tenere associate le richieste di trasfusione e di recupero, qualora siano entrambe state inviate per lo stesso paziente. Nel caso di richieste di recupero sangue concomitanti e pervenute al SIMT preventivamente, il medico addetto al settore PBM (orario 8-14) ed il medico del settore assegnazione - urgenze (h14-20; h20-8) dovrà valutare la priorità sulla base della tipologia dell'intervento chirurgico e sulle caratteristiche del paziente coinvolto, acquisendo le informazioni necessarie sia dal campo Note di Emonet, per i



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 66 di 110

pazienti che hanno effettuato la consulenza di PBM preoperatoria , sia correlandosi eventualmente con il medico anestesista di settore in turno.

Tempi e modi di utilizzo

I principi di funzionamento dei sistemi sono i seguenti: il recupero viene effettuato mediante l'aspirazione del sangue perduto nel campo operatorio in corso d' intervento o nell'immediata fase postchirurgica, con raccolta dello stesso in contenitori sterili. Il sangue raccolto è preventivamente anticoagulato in eparina, filtrato attraverso filtri da 40-170 micron, frazionato attraverso separatori cellulari modificati, lavato in sistemi di recupero "in modalità wash" e successivamente reinfuso attraverso i dispositivi da infusione per emocomponenti. Generalmente, il concentrato di emazie generato dai diversi dispositivi di recupero "wash" (per i dettagli delle relative procedure si rimanda agli specifici manuali illustranti i protocolli semiautomatici delle diverse apparecchiature e le caratteristiche dei set monouso disponibili) presenta un Hct compreso tra 60 e 70%, un bassissimo numero di piastrine contaminanti (le piastrine recuperate dal sangue del campo operatorio presentano una forte attivazione e pertanto rappresentano una componente non totalmente desiderabile nel prodotto finale) ed una irrilevante presenza di fattori provenienti dall'attivazione della cascata emocoagulativa e dalla degradazione del fibrinogeno. La modalità di esecuzione del recupero è contestualizzata e differenziata sulla base della procedura chirurgica specialistica e della tipologia del paziente. L'attività del recupero sangue deve essere registrata sul relativo report di tracciabilità (MOD02PSQST126 vedi allegato 13.5 con la compilazione in tutti i campi richiesti e firmata dal medico anestesista e dal perfusionista/infermiere che hanno effettuato la procedura.

Procedure per prevedere/preventivare il corretto utilizzo

Documento UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali, di redazione, verifica e approvazione sul Recupero Perioperatorio del Sangue n. PSQST126 del 03/05/2021, a cura del Responsabile di Area (vedi allegato 13.6).

Allocazione apparecchiature per recupero sangue

- Due apparecchiature Cell saver 5 Haemonetics per le sale operatorie DEA;
- quattro apparecchiature Cell saver 5 Haemonetics per le sale operatorie BOE;
- due apparecchiature Cell saver 5 Haemonetics per le sale operatorie Chirurgia dei Trapianti c/o Ospedale Spallanzani;
- una apparecchiatura Cell saver 5 Haemonetics per la sala parto Ostetricia;
- una apparecchiatura Cell saver 5 Haemonetics per la sala operatoria Ginecologia;
- tre apparecchiature CATSmart Fresenius per le sale operatorie Cardiovascolari.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 67 di 110

7.10 Check list

Vedi procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione della check-list delibera N° 1643 del 1 dicembre 2017(<http://www.scamilloforlanini.rm.it/l-ospedale/qualita-e-sicurezza-delle-cure-risk-management/qualita/procedure-aziendali/procedure-aziendali-approve/257-d1643-17-recepimento-raccomandazione-ministeriale-2-3-e-check-list/file>)

7.11 Procedure per trapianto d'organo/Prelievo d'organo

Vedi flow chart:

- 6.4 Prelievo multiorgano presso A.O. San Camillo Forlanini
- 6.5 Trapianto di Fegato
- 6.6 Trapianto di Rene e Rene-Pancreas

Il prelievo multiorgano si può svolgere in qualunque sala operatoria.**Trapianto: solo sala ISO-5 filtro aria.****Trapianto**

Qualunque ospedale può essere sede di prelievi multi-organo e sceglie la collocazione della procedura chirurgica nella sala operatoria più funzionale alla organizzazione interna. Di regola, presso gli altri centri ospedalieri, il prelievo di organi viene eseguito presso la sala operatoria dedicata all'urgenza, con il personale dell'urgenza. Per accordi/organizzazione interna al San Camillo il prelievo viene eseguito presso una sala operatoria dedicata all'attività di elezione, in orario prevalentemente notturno.

7.11.1 Prelievo (Multiorgano) presso A.O. San Camillo Forlanini

(vedi flow chart 6.4)

1. Segnalazione potenziale donatore di organo (FEGATO) dal Centro di rianimazione dell'Ospedale (CR) al CRTL;
2. il CRTL, se il fegato è "allocato" (assegnato) al Centro trapianti San Camillo, chiama il medico del Centro trapianti della UOC Chirurgia generale e dei trapianti (nella figura del "telefonista" designato o altro medico del Centro trapianti);
3. il medico del Centro Trapianti del San Camillo valuta il caso (d'intesa con il direttore del Centro Trapianti);
4. individua il/il ricevente/i (1-2, il titolare ed eventuale paziente di riserva) e accettazione del fegato (allocazione organo);
5. informa le coordinatrici trapianti del POIT;
6. convocazione di ricevente/i, preavvertito/i;
7. attesa orario e dettagli logistica del prelievo



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 68 di 110

8. orario e modalità del prelievo sono comunicate dal CRTL (= il medico del coordinamento del CRTL comunica con il personale del coordinamento locale = infermiere che comunica al centro di rianimazione locale CR1 o altro CR, reparto di ricovero del donatore), e al personale della sala operatoria (caposala o altro personale identificato come reperibile) del BOE;
9. CRTL allerta dell'equipe (o più équipes) di medici incaricati del prelievo;
10. convocazione della equipe chirurgica prelievo locale (il prelievo viene effettuato dai medici dell'equipe coadiuvati dal personale infermieristico della sala operatoria dove si effettua il prelievo);
11. l'equipe preleva alla partenza dalla sala operatoria del Centro trapianti il contenitore refrigerato per il trasporto del fegato e conservazione dell'organo e una valigia con materiale sanitario dedicato al prelievo. Nella regione Lazio, l'equipe incaricata del prelievo del fegato, per un accordo regionale, preleva anche entrambe i reni, e li invia ai centri trapianto cui sono stati allocati i due reni;
12. inizio del prelievo. La durata è variabile (3-8 ore) a seconda della complessità della procedura (tipologia di organi e modalità di prelievo).

7.11.2 Trapianto di Fegato

(vedi flow chart 6.5)

Catena delle chiamate:

1. **Preallerta** del medico del Centro trapianti di:

- CPSIE POIT → preallerta personale di sala;
- Anestesista (equipe);
- Personale medico incaricato della esecuzione trapianto.

2. Al momento della **valutazione intraoperatoria** da parte della equipe incaricata di prelievo, se idoneità (aspetto macroscopico, eventuale necessità di biopsia dell'organo – fegato o rene - in base all'aspetto macroscopico dell'organo o altri elementi clinici anamnestici che suggeriscono una malattia/disfunzione pre-esistente o sopravvenuta) = **Comunicazione**

- CPSIE;
- Anestesista;
- Equipe chirurgica.

Gli orari standard sono a intervallo di 1 ora circa (preparazione sala operatoria = infermieri, ingresso del paziente in sala = anestesista e infermieri, 3 inizio intervento= chirurghi, anestesisti, infermieri).

Osservazioni:

DI regola se non sussiste urgenza alla esecuzione del prelievo (p.e. instabilità del donatore) il **timing** per trapianto con prelievo da donatore ricoverato presso il San Camillo è: inizio prelievo alle 4, per orari di sala 7-8-9 in orario di servizio diurno normale del personale infermieristico. Lo schema orario è assolutamente indicativo e cambia in funzione di numerose variabili incontrollabili. Per i prelievi



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 69 di 110

presso altri centri, i tempi sono calcolati sul tempo di trasporto dell'organo (trasporto con auto Roma e provincia, Lazio, fuori regione, con trasporto auto o aereo).

Allestimento sala operatoria (ISO-5)

- Per la procedura di chirurgia su banco (= preparazione chirurgica dell'organo con esposizione delle strutture anatomiche, circa 1,5-2 ore), tavolo sterile con apposita strumentazione chirurgica di dimensione limitata. Inizia all'arrivo dell'organo.
- Per il trapianto = preparazione tavolo madre, strumentario chirurgico (1 ora), attrezzature anestesia (1 ora). Il tempo medio operatorio è di 7 ore circa.

7.11.3 Prelievo di Rene (Multiorgano) presso A.O. San Camillo Forlanini

La procedura si svolge con la stessa modalità descritta per il trapianto di fegato.

7.11.4 Trapianto di Rene

(vedi flow chart 6.6)

Catena delle chiamate:

il CRTL chiama, per segnalare la disponibilità di rene/i da trapiantare e la eventuale allocazione degli organi, il nefrologo del San Camillo, che, sentiti i medici del Centro Trapianti, UOS Trapianto di rene, accetta l'organo/i.

Si dà avvio al Cross-match (cellule del donatore e siero del ricevente, precedentemente prelevato e conservato -40°) presso il laboratorio di tipizzazione tissutale presso il Padiglione Marchiafava. Sono richieste in media 4 ore.

Il nefrologo convoca per ricovero presso la UOC Chirurgia dei Trapianti il/i ricevente/i.

Il chirurgo chiama (pre-allerta)

- la sala operatorio (CPSIE);
- il reparto (infermieri in turno) per comunicare orario stimato di trapianto e di ricovero del/dei ricevente/i;
- gli anestesisti.

NB. Si possono verificare controindicazioni al trapianto che determinano l'annullamento della procedura

Esito del Cross-match:

- Negativo → si procede al trapianti;
- Positivo → controindicazione al trapianto, il rene è assegnato alla riserva o a ulteriore terzo paziente dello stesso centro o altro centro, seguendo la priorità della graduatoria della selezione dalla LAT.

All'esito del cross-match negativo il **trapianto** viene eseguito appena possibile (disponibilità di sala ISO-5). Il tempo di ischemia fredda deve essere ridotto al minimo, quale che sia la qualità dell'organo e le condizioni del ricevente.

76



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 70 di 110

Al momento della **valutazione intraoperatoria** da parte della equipe incaricata di prelievo, se idoneità (aspetto macroscopico, eventuale necessità di biopsia dell'organo rene, in base all'aspetto macroscopico dell'organo o altri elementi clinici anamnestici che suggeriscono una malattia/disfunzione pre-esistente o sopravvenuta) = **Comunicazione**

- CPSIE;
- Anestesista;
- Equipe chirurgica.

Il tempo medio per l'esecuzione del trapianto di rene è di 3 ore circa.

7.11.5 Prelievo di Rene-Pancreas (Multiorgano) presso A.O. San Camillo Forlanini

La procedura si svolge con la stessa modalità descritta per il trapianto di fegato

7.11.6 Trapianto di Rene-Pancreas

(vedi flow chart 6.6)

Catena delle chiamate:

il CRTL chiama, per segnalare la disponibilità di rene e pancreas da trapiantare e la eventuale allocazione degli organi, il nefrologo del San Camillo, che, sentiti i medici del Centro Trapianti, UOS Trapianto di rene e il Direttore del Centro Trapianti, accetta gli organi. Si dà avvio al Cross-match (cellule del donatore e siero del ricevente, precedentemente prelevato e conservato -40°) presso il laboratorio di tipizzazione tissutale presso il Padiglione Marchiafava. Sono richieste in media 4 ore.

Il nefrologo convoca per ricovero presso la UOC Chirurgia dei Trapianti il ricevente.

Il chirurgo chiama (pre-allerta):

- la sala operatorio (CPSIE);
- il reparto (infermieri in turno) per comunicare orario stimato di trapianto e di ricovero del/dei ricevente/i;
- gli anestesisti.

NB. Si possono verificare controindicazioni al trapianto che determinano l'annullamento della procedura.

Esito del Cross-match:

- Negativo → si procede al trapianti;
- Positivo → controindicazione al trapianto, il rene è assegnato alla riserva o a ulteriore terzo paziente dello stesso centro o altro centro, seguendo la priorità della graduatoria della selezione dalla LAT.

Al momento della **valutazione intraoperatoria** da parte della equipe incaricata di prelievo, se idoneità (aspetto macroscopico, eventuale necessità di biopsia dell'organo rene, in base all'aspetto



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 71 di 110

macroscopico dell'organo o altri elementi clinici anamnestici che suggeriscono una malattia/disfunzione pre-esistente o sopravvenuta) = **Comunicazione**

- CPSIE;
- Anestesista;
- Equipe chirurgica.

All'esito del cross-match negativo e della valutazione in sede di prelievo, il **trapianto** deve essere eseguito appena possibile (disponibilità di sala ISO-5). Il tempo di ischemia fredda deve essere ridotto al minimo, quale che sia la qualità dell'organo e le condizioni del ricevente.

Il tempo medio per l'esecuzione del trapianto di rene e pancreas è di 7 ore circa

7.11.7 Trapianto di Cuore

Catena delle chiamate:

3. Preallerta del medico del Centro trapianti di:

- CPSIE POIT → preallerta personale di sala;
- Anestesista (equipe);
- Personale medico incaricato della esecuzione trapianto.

4. Al momento della valutazione intraoperatoria da parte della equipe incaricata di prelievo, se idoneità (aspetto macroscopico, eventuale necessità di biopsia dell'organo - Cuore - in base all'aspetto macroscopico dell'organo o altri elementi clinici anamnestici che suggeriscono una malattia/disfunzione pre-esistente o sopravvenuta) = **Comunicazione**

- CPSIE;
- Anestesista;
- Equipe chirurgica.

Gli orari standard sono a intervallo di 1 ora circa (preparazione sala operatoria = infermieri, ingresso del paziente in sala = anestesista e infermieri, 3 inizio intervento= chirurghi, anestesisti, infermieri).

Osservazioni:

DI regola il **timing** per trapianto con prelievo da donatore ricoverato presso il San Camillo dipende dall'ok Cuore, lo schema orario è assolutamente indicativo e cambia in funzione di numerose variabili incontrollabili. Per i prelievi presso altri centri, i tempi sono calcolati sul tempo di trasporto dell'organo (trasporto con auto Roma e provincia, Lazio, fuori regione, con trasporto auto o aereo).

Allestimento sala operatoria (ISO-5)

- Per la procedura di chirurgia su banco (= preparazione chirurgica dell'organo con esposizione delle strutture anatomiche, circa 20 minuti), tavolo sterile con apposita strumentazione chirurgica di dimensione limitata. Inizia all'arrivo dell'organo.



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 72 di 110

- Per il trapianto = preparazione tavolo madre, strumentario chirurgico (1 ora), attrezzature anestesia (1 ora). Il tempo medio operatorio è di 8 ore circa.

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

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

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

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

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

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

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

- A. il paziente sarà riportato dalla sala operatoria alla degenza di provenienza ove possibile, o ricollocato mediante il trasferimento in struttura esterna a cura del Medico Anestesista, percorrendo in senso inverso lo stesso percorso di provenienza;
- B. ciascun operatore di sala operatoria potrà seguire la procedura di svestizione all'interno del locale dedicato (dove è presente uno specchio), rimuovendo i DPI come da procedura aziendale predisposta dall'RSSP e Risk Manager. Si raccomanda di eseguire la procedura un solo operatore alla volta.

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

L'operatore dovrà successivamente usufruire del bagno con doccia.

Al termine dell'intervento chirurgico e successivamente all'allontanamento del paziente dal blocco operatorio, il personale sanitario impiegato nell'intervento chirurgico/esame endoscopico/procedura interventistica contatterà gli operatori della Società di sanificazione in appalto (formati ed informati per il rischio specifico che provvederanno alla sanificazione completa di tutte le superfici con nebulizzazione di acqua ed ipoclorito di sodio, con successivo intervento di sanificazione di tutte le superfici della sala operatoria, di tutte le attrezzature in essa contenute, di tutti i locali e del percorso del paziente:

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



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 73 di 110

- del percorso interno al blocco operatorio.

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

7.13 Approvvigionamenti Farmaci e Dispositivi Medici

L'approvvigionamento delle camere operatorie segue due percorsi distinti:

- Farmaci e DM (compreso disinfettanti) con consegne settimanali (vedi par 7.13.1)
- DM specialistici e DM protesici impiantabili anche attivi (vedi 7.13.2)

7.13.1 Farmaci e Dispositivi Medici con consegne settimanali

Vedi procedura Numero 04: "GESTIONE RICHIESTE FARMACI E DM CON CONSEGNA SETTIMANALI"
(allegato 13.7)

7.13.2 Dispositivi Medici specialistici e Dispositivi Medici protesici impiantabili anche attivi

Vedi procedura Numero 12: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI SENZA SISTEMA RFID"
(allegato 13.8)

Vedi procedura Numero 13: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI
ATTIVI CON SISTEMA RFID" (allegato 13.9)

Vedi procedura Numero 13A: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI GESTITI CON SISTEMA
RFID" (allegato 13.10)

7.14 Trasporti interni ed esterni

Il trasporto del paziente delle UU.OO. presenti all'interno del Padiglione Piastra o provenienti da padiglioni collegati con la Piastra, sarà totalmente gestito dalla coordinatrice/ore infermieristica/co che ne curerà la chiamata telefonica e l'ora di arrivo nel blocco operatorio BOE-DEA.

Il trasporto del paziente da e verso il blocco operatorio BOE e DEA sarà effettuato dal personale assegnato ai relativi blocchi operatori.

La chiamata del paziente sarà effettuata, solo ed esclusivamente, dal Responsabile infermieristico dei blocchi operatori, o delegato, secondo l'ordine di priorità relativo alla lista operatoria giornaliera.

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

Qualora, per qualsiasi ragione di natura clinica e/o logistica, il paziente atteso in CO BOE-DEA non potesse essere inviato, il medico di reparto e/o il Responsabile Infermieristico, dovranno contattare il Responsabile infermieristico del BOE/DEA e comunicare l'indisponibilità del paziente.

In questo caso, sarà cura del Responsabile Infermieristico del BOE-DEA, di concerto con i chirurghi presenti all'interno del blocco operatorio, ristabilire l'ordine operatorio dei pazienti.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 74 di 110

Trasporto richiesto dalle UU.OO. all'esterno del Padiglione Piastra

Il trasporto del paziente da e verso le UU.OO. collocate fuori dal padiglione piastra per il blocco operatorio BOE e DEA, sarà effettuato dal Servizio Trasporti (SLOT).

Il modulo di richiesta sarà eseguito all'UO richiedente tramite apposita richiesta on line, il giorno precedente dell'intervento, specificando nell'apposito modulo le informazioni richieste, contattando l'UOD SLOT, attraverso il call-center, il giorno stesso per una ottimizzazione del trasporto con un preavviso di circa 30 minuti.

Il trasporto del paziente sarà effettuato, solo dopo chiamata telefonica al Call-Center SLOT (tel. 4214-4306) con preavviso di circa 30 minuti, dal Responsabile infermieristico del blocco operatorio o delegato, che avrà preventivamente avvisato la Responsabile Infermieristica del reparto ove il paziente è ricoverato per la preparazione del paziente e della relativa documentazione.

Trasporto del paziente interospedaliero in condizione di urgenza per le camere operatorie BOE e DEA

Trasporto richiesto dalle UU.OO. all'esterno del padiglione piastra.

Il trasporto di un paziente **in condizione di urgenza da e verso le UU.OO.** collocate fuori del padiglione Piastra per il blocco operatorio BOE e DEA, sarà effettuato dal Servizio Trasporti (SLOT), con le seguenti modalità in urgenza:

- il Call-Center SLOT (tel. 4214-4306-4312-4229) viene contattato telefonicamente per il trasporto in emergenza ricevendo contemporaneamente la richiesta on -line, tramite procedura;
- il Call-Center sulla base delle indicazioni ricevute, invia l'ambulanza più vicina e fornisce più notizie possibili all'equipaggio attivato;
- il Call-Center monitorizza i tempi e lo svolgimento del servizio fornendo il necessario supporto all'equipaggio dell'ambulanza;
- l'UO richiedente deve mettere **a disposizione tutti i presidi medico-chirurgici** indispensabili per il trasporto in sicurezza, in quanto il trasporto del paziente critico è una tipologia di intervento che, per le sue caratteristiche e complessità ha intrinsecamente un elevato livello di rischio.

Trasporto del paziente interospedaliero in condizione ordinaria-programmata da e verso le terapie intensive e centro di rianimazione

Trasporto richiesto dalle UU.OO. all'esterno del padiglione piastra.

Il trasporto del paziente da e verso le terapie intensive e centro di Rianimazione in condizione **ordinaria-programmata** sarà effettuato dal Servizio Trasporti (SLOT) con le seguenti modalità:

- il modulo di richiesta sarà eseguito all'UO richiedente tramite apposita richiesta on line, il giorno precedente il trasferimento, specificando nell'apposito modulo le informazioni richieste, contattando l'UOD SLOT, attraverso il call-center, il giorno stesso per una ottimizzazione del trasporto con un preavviso di circa 30 minuti;



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 75 di 110

- la UO richiedente deve mettere **a disposizione il medico e tutti i presidi medico-chirurgici** indispensabili per il trasporto in sicurezza, in quanto il trasporto del paziente critico è una tipologia di intervento che, per le sue caratteristiche e complessità ha intrinsecamente un elevato livello di rischio;
- solo in caso di indisponibilità del medico anestesista rianimatore della UO richiedente il trasporto verrà effettuato dall'anestesista della sala operatoria di riferimento dell'intervento.

Trasporto del paziente interospedaliero in condizione di urgenza da e verso le terapie intensive e centro di rianimazione

Trasporto richiesto dalle UU.OO. all'esterno del padiglione piastra.

Il trasporto di un paziente **in condizione di urgenza da e verso le terapie intensive e centro di Rianimazione**, collocate fuori del padiglione Piastra, sarà effettuato dal Servizio Trasporti (SLOT), con le seguenti modalità in urgenza:

- il Call-Center SLOT (tel. 4214-4306-4312-4229) viene contattato telefonicamente per il trasporto in emergenza ricevendo contemporaneamente la richiesta on-line, tramite procedura;
- il Call-Center sulla base delle indicazioni ricevute, invia l'ambulanza più vicina e fornisce più notizie possibili all'equipaggio attivato;
- il Call-Center monitorizza i tempi e lo svolgimento del servizio fornendo il necessario supporto all'equipaggio dell'ambulanza;
- la UO richiedente deve mettere **a disposizione tutti i presidi medico-chirurgici** indispensabili per il trasporto in sicurezza, in quanto il trasporto del paziente critico è una tipologia di intervento che, per le sue caratteristiche e complessità ha intrinsecamente un elevato livello di rischio.

7.15 Regolamento accesso alle sale operatorie di personale non aziendale

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

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

La richiesta deve essere presentata alla Direzione Sanitaria Aziendale dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini esplicitandone le motivazioni e sarà riscontrata da formale "Nulla-Osta".

Il professionista esterno dovrà produrre idoneo certificato di assicurazione Rischi contro terzi (RTC) e di assicurazione per infortuni o malattie ricollegabili a detta attività.

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

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 76 di 110

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

REGOLAMENTAZIONE ACCESSI STUDENTI/MEDICI IN FORMAZIONE

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

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

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

- medico in formazione specialistica co-operatore, per tale figura può essere necessario specificare a quale procedura/atti chirurgici ovvero anestesiológicos lo specializzando ha effettivamente partecipato sotto la supervisione del medico strutturato;
- medico in formazione specialistica (chirurgica/anestesiologica) primo operatore, ovvero primo assistente, ovvero secondo assistente, sotto la supervisione del medico strutturato, ove ciò sia esplicitamente previsto dal piano di formazione e non comporti il preventivo possesso del titolo di specialista.

REGOLAMENTAZIONE ACCESSI "SPECIALIST DI PRODOTTO"

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

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

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 77 di 110

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

Lo Specialist NON PUO':

- partecipare attivamente e direttamente alla procedura chirurgica: in nessun caso lo Specialist deve toccare il paziente. Sul punto si evidenzia come l'eventuale partecipazione attiva dello Specialist alla procedura chirurgica rappresenti a tutti gli effetti un illecito di natura penale;
- programmare/riprogrammare un dispositivo senza la supervisione diretta del medico;
- scrivere sulla cartella clinica del paziente;
- interagire direttamente con il paziente senza la presenza del medico.

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

Lo Specialist PUO':

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

Lo Specialist DEVE:

- essere individuato nominativamente, mediante apposizione sull'indumento da lavoro del tesserino di riconoscimento (D.Lgs n°81/08) e indossato la divisa monouso in TNT fornitagli dal personale del Blocco Operatorio, comprensiva di copricapo, mascherina chirurgica e calzari;
- concordare le tempistiche con i referenti aziendali, onde evitare eventuali interferenze con l'attività medica e chirurgica;
- accedere alle aree del Blocco Operatorio seguendo scrupolosamente le indicazioni comunicate dal personale dell'Azienda Ospedaliera per evitare eventuali interferenze con il lavoro ordinario o emergenze tecniche, sanitarie e di sicurezza;



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 78 di 110

- non ingombrare con mezzi, materiali e/o attrezzature i percorsi di esodo e le uscite di emergenza;

fare riferimento al personale aziendale ivi presente per qualsiasi evenienza, segnalazione e/o problematica.

7.16 RIPRESE VIDEO

La realizzazione del video/audio di un intervento chirurgico o procedura diagnostica deve avere motivazioni e finalità chiaramente individuate (ad es. per fini didattici-scientifici, per casistica operatoria ecc.) e devono essere autorizzate dal responsabile di UO che ha in carico il paziente a cui si intende effettuare la ripresa video. Per altri eventuali casi non aventi le finalità sopracitate, sarà necessario ed inderogabile richiedere in forma scritta l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.

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

Una volta acquisita la liberatoria o l'autorizzazione il modulo dovrà essere conservato in cartella clinica. Il paziente ha comunque facoltà di revoca del consenso informato alla ripresa video in qualsiasi momento con conseguente interruzione delle riprese e cancellazione di quanto filmato o fotografato. Ogni registrazione -originale e/o in copia- deve essere conservata, archiviata e protetta alla stregua di dato sensibile. La conservazione degli audio-video di atti sanitari è a cura del titolare della sua produzione.

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

7.17 NORME COMPORTAMENTALI

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

- di fumare all'interno di qualsiasi locale dei blocchi operatori, come previsto dal regolamento sul divieto di fumo e dalla normativa vigente;
- di svolgere attività all'interno delle aree a bassa carica microbica (zona pulita) e nelle sale operatorie senza la divisa di sala operatoria, calzari, mascherina ed il copri capo (indossati correttamente);
- di utilizzare nelle aree dove viene svolta attività assistenziale (sala preparazione paziente, sala operatoria recovery room ecc.) dei telefoni cellulari e qualsiasi dispositivo elettronico abilitato



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 79 di 110

alla connessione WIFI ad una distanza minima di almeno un metro dalle apparecchiature elettromedicali;

- di introdurre nei blocchi operatori oggetti personali non pertinenti all'attività (quali borse, riviste, libri, ecc.) e qualsiasi tipo di alimento;
- di tenere un tono della voce alto in sala operatoria e nelle aree comuni;
- di uscire dai blocchi operatori con la divisa "verde",
- di ingresso in sala operatoria a tutto il personale dipendente che non sia, direttamente ovvero indirettamente, coinvolto nelle attività effettuate all'interno del blocco operatori;
- di ingresso di personale esterno non dipendente (osservatori, specialist di prodotto, tecnici) che non sia stato preventivamente autorizzato dalla Direzione Sanitaria;
- di qualsiasi attività e/o azione effettuata dal personale presente nel blocco operatorio non espressamente descritta nel presente regolamento ma che comunque siano vietate da leggi, regolamenti, circolari aziendali emanate dagli organi istituzionalmente preposti.

7.18 ABBIGLIAMENTO ALL'INTERNO DEL BLOCCO OPERATORIO

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

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

Calzature

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

Copricapo monouso

Devono essere indossati correttamente, cioè contenendo tutti i capelli, e vanno sostituiti quando contaminati o danneggiati.

Mascherine monouso

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

Visiere e occhiali protettivi

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 80 di 110

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

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

8. RESPONSABILITA'

ATTIVITA' OPERATORE	Direttore UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O.	Direttore UO	Medico UO	CPSIE UO
Diffusione procedura ai Direttori di UO	R	C	I	I
Diffusione procedura ai medici di UO	I	R	C	C
Diffusione procedura al personale del comparto di UO	I	C	C	R

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

PACU

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

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:

901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 81 di 110

9. DOCUMENTAZIONE

PDTA Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente in preospedalizzazione A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA del paziente con trauma grave (politrauma) A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Oncologia cervico facciale revisione A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA della Diverticolite Acuta A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Cataratta A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Accertamento morte encefalica e donazione organi A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA trattamento dell'Ictus ischemico acuto A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Paziente con piede diabetico A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA del trauma cranico lieve A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA della frattura del femore in ultra sessantacinquenni A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA di Ortoplastica per le fratture esposte degli arti A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA delle Emorragie digestive A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA della Colecistite acuta A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Neoplasie Polmonari A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Patologie Nodulari della Tiroide A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Neoplasie della Mammella A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Neoplasie della Prostata A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Emorragie Digestive Superiori A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Blood Management A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Chirurgia della Mano A.O. San Camillo Forlanini Roma
 PDTA Appendicite Acuta A.O. San Camillo Forlanini Roma
 Recepimento raccomandazione Ministeriale 2 3 e check list A.O. San Camillo Forlanini Roma
 Procedura "Processi di sterilizzazione e ambiti sanitari interessati" A.O. San Camillo Forlanini Roma

10. ARCHIVIAZIONE

La Procedura deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria, presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti; in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure – Risk Management; presso ogni computer presente nelle sale operatorie; presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nella procedura.

11. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.
Sarà comunque aggiornata entro tre anni dalla sua pubblicazione

12. CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

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



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 82 di 110

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

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

Tabella 3 Indicatori Utilizzo Sale Operatorie su base settimanale

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita ai direttori UOC/UOSD, DIPRO e Posizioni organizzative	100%	Direttore UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata
Documentazione correttamente distribuita	100%	Responsabili U.O. CPSIE camere operatorie
Documentazione correttamente archiviata	100%	CPSIE camere operatorie
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	CPSIE camere operatorie
Corso formazione su Procedura al personale di Camera Operatoria e delle UU.OO. interessate Numero di lavoratori che hanno fatto il corso _____ (%) Totale dei lavoratori interessati	> 70%	Direttore UOSD Gestione Blocchi Operatori e P.O. Centralizzata
Rispetto dell'Orario di Inizio del Primo Intervento della seduta (incisione cute) (margine di accettabilità di 10 minuti) (Differenza tra inizio effettivo e programmato della procedura chirurgica del primo intervento della seduta) suddiviso per ogni singola U.O. responsabile della seduta	≥ 85 %	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Tempo di Occupazione Sala ingresso/uscita paziente (Rapporto tra la sommatoria del tempo in cui i pazienti occupano la sala operatoria ed il totale di ore assegnate, espresso in percentuale)	≥ 75 %	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Tempo medio anestesilogico (valore medio della differenza tra i tempi : "paziente posizionato e pronto" e "inizio induzione anestesia", espresso in minuti per tutti gli interventi)	≤ al tempo standard	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Differenza tra n. interventi programmati ed effettuati (Rispetto delle liste operatorie)	≥ 85 %	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Invio nei tempi stabiliti delle liste operatorie settimanali (mail - nuovo registro operatorio)	≥ 75 %	Direttori UOC/UOSD



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 83 di 110

Invio liste operatorie giornaliere entro le ore 10 del giorno precedente (mail – nuovo registro operatorio)	≥ 75 %	Direttori UOC/UOSD
Controllo Liste operatorie giornaliere e settimanali	≥ 85 %	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Numero di pazienti rinviati su numero pazienti in lista operatoria *100 (Rispetto liste operatorie e qualità organizzazione) per U.O.	≤ 10%	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Numero di referti operatori modificati su numero di referti completi * 100 Suddivisi per U.O. e per singole Utenze	≤ 10%	Direttori UOC/UOSD
Compilazione Check list sicurezza. Numero di Checklist compilate su numero di interventi effettuati *100	100 %	Gruppo Operativo del Blocco Operatorio "GBO"
Accuratezza della pianificazione chirurgica	≤ 10%	Direttori UOC/UOSD
Numero di interventi cancellati _____ (%)		
Numero di interventi programmati		

I resoconti del monitoraggio degli indicatori di utilizzo delle Sale Operatorie vengono trasmessi mensilmente alla Direzione Sanitaria, ai Direttori delle UU.OO. Chirurgiche e a tutti gli operatori interessati al processo di utilizzo, sopra indicati. L'esame dei resoconti costituisce la base di partenza e il primo strumento per il miglioramento continuo della qualità dell'utilizzo delle Sale Operatorie. Il rilievo di valori inattesi e non performanti degli indicatori adottati comporta la rivalutazione da parte del Comitato Gestionale delle Sale Operatorie delle risorse assegnate. Durante le notti e nei giorni festivi, il Dirigente Medico Coordinatore è sostituito nelle sue funzioni dall'Anestesista del Blocco Operatorio di Emergenza-Urgenza.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 84 di 110

13. ALLEGATI

N° ALLEGATO	TITOLO
13.1	Format modulistica aziendale lista operatoria
13.2	Format attribuzione sale operatorie
13.3	Formazione Registro Operatorio
13.4	Recupero Perioperatorio del Sangue n. PSQST126
13.5	MOD01 PSTSQ 126
13.6	MOD02PSQST126
13.7	Procedura Numero 04: "GESTIONE RICHIESTE FARMACI E DM CON CONSEGNA SETTIMANALI"
13.8	Procedura Numero 12:" GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI SENZA SISTEMA RFID"
13.9	Procedura Numero. 13:" GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CON SISTEMA RFID"
13.10	Procedura Numero. 13A: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI GESTITI CON SISTEMA RFID"
13.11	Calendario consegne Camere Operatorie



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 86 di 110

Allegato 13.2 Format attribuzione sale operatorie**PROGRAMMAZIONE SALE BOE**

GIORNO	ORARIO	SALA 1 ROBOT	SALA 2	SALA 3	SALA 4 URGENZA	SALA 5 URGENZA	SALA 6 URGENZA	SALA 7	SALA 8	EX DEA SALA A	EX DEA SALA B
LUNEDI	M										
	P										
MARTEDI	M										
	P										
MERCOLEDI	M										
	P										
GIOVEDI	M										
	P										
VENERDI	M										
	P										
SABATO	M										
	P										

PROGRAMMAZIONE SALE LANCISI-1

GIORNO	ORARIO	SALA 1 TRAPIANTI	SALA 2	SALA 3	SALA 4 URGENZA	SALA 5	SALA IBRIDA
LUNEDI	M						
	P						
MARTEDI	M						
	P						
MERCOLEDI	M						
	P						
GIOVEDI	M						
	P						
VENERDI	M						
	P						
SABATO	M						
	P						



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/SOBC01/22/02

Pag. 87 di 110

PROGRAMMAZIONE SALE PUDDU

GIORNO	ORARIO	SALA 1	SALA 2	SALA 3
LUNEDI'	M			
	P			
MARTEDI'	M			
	P			
MERCOLEDI'	M			
	P			
GIOVEDI'	M			
	P			
VENERDI'	M			
	P			
SABATO	M			
	P			



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**

Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 88 di 110

Allegato 13.3 Formazione Registro Operatorio



Formazione nuovo Registro Operatorio SIS4Care

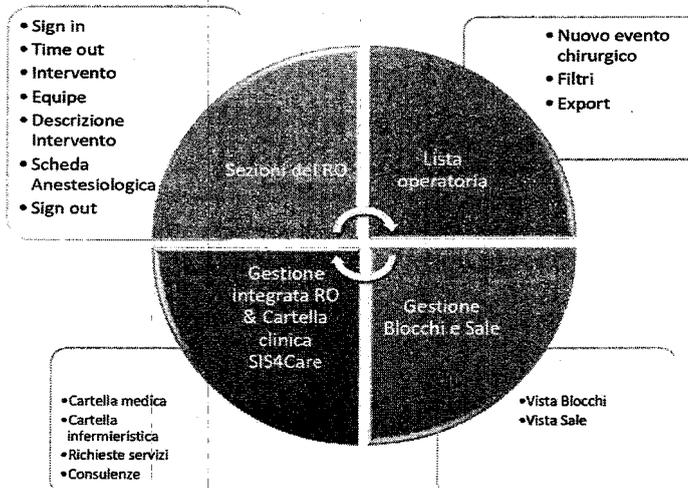


www.polis-net.it
www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polis-net
Twitter.com/polisnet51

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



Argomenti trattati in formazione



www.polis-net.it
www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polis-net
Twitter.com/polisnet51

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



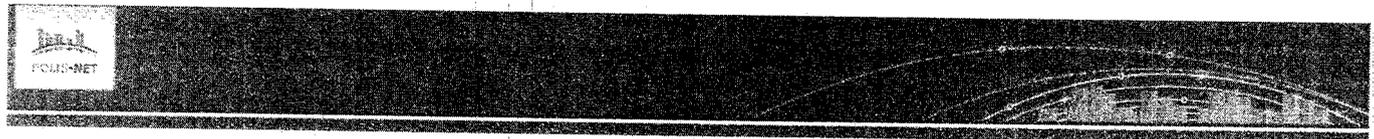
Procedura Generale

REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI

Rev. 01 del 03/10/2022

Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 89 di 110

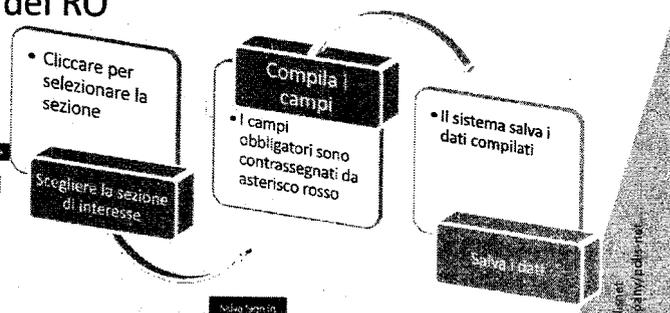


Sezioni del RO

REGISTRO OPERATORIO

NUMERO INTERVENTO: 7 DEL 18/05/2022
LEZIONE: PANNE
EDOME: ALESSIO
DATA DI NASCITA: 28/09/1946 ETÀ: 75 ANNI
SESSO: F

NOSELOGICO: [dropdown]
ANNO RICOVERO: 2022
REPARTO: [dropdown]
BLOCCO: EMOIDIAMICA
SALA: 2



Sign In Time Out Intervento Equipe Descrizione Intervento Scheda Anestesiologica Sign Out

SIGN IN

ANESTESISTA: INFERMIERE, PRIMA DELL'INTERVENTO.

1) IL PAZIENTE HA CONFERMATO:

Identità

SI NA

sesta di intervento

SI NA

Procedura

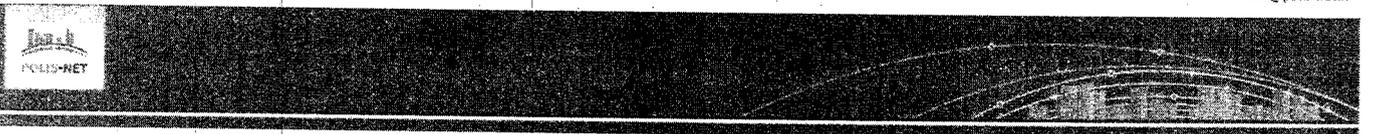
SI NA

Consensi

SI NA

Quando vengono visualizzati tutti i campi della sezione

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



Gestione integrata RO & Cartella clinica SIS4Care

REGISTRO OPERATORIO

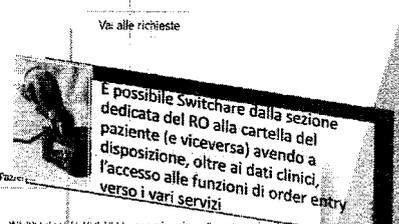
NUMERO INTERVENTO: 5 DEL 23/05/2022
COSTRUTTORE: COPPOLA
NOME: LAURARAA
DATA DI NASCITA: 17/07/1980 ETÀ: 41 ANNI
SESSO: F

NOSELOGICO: 6106911
ANNO RICOVERO: 2021
REPARTO: ginecologia ed ostetricia
BLOCCO: LEGGE 194
SALA: 1

SCHEDA RICOVERO

PAZIENTE: LAURARAA COPPOLA
CODICE FISCALE: CDP1RA756413020
DATA DI NASCITA: 17/07/1980
SESSO: F

PROCURA: 6106911
REPARTO: ginecologia ed ostetricia
STANZA: STANZA 1
LETTO: 1



Sign In Time Out Intervento

SIGN IN

ANESTESISTA: INFERMIERE, PRIMA DELL'INTERVENTO.

1) IL PAZIENTE HA CONFERMATO:

Identità

SI NA

SCHEDA RICOVERO

ALLERGIE E INTOLLERANZE

Tipo	Descrizione
Allergia ai pollini LA	Woe to you, oh earth and sea For the Devil sends the beast with wrath Because when he knows the time is short Let him who hath understanding reckon the number of the beast For it is a human number: Its number is six hundred and sixty-six

INDIRIZZO DIAGNOSTICO

Diagnosi di ammissione

0132-Tubercoloma dell'encefalo

Indirizzo Diagnostico

Prima Le volte e Fuva è una favola famosissima, che può dare un insegnamento molto importante

È possibile navigare le sezioni di cartella

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it

84



Procedura Generale

REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI

Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 90 di 110



Gestione integrata RO & Cartella clinica SIS4Care

REGISTRO OPERATORIO

NUMERO INTERVENTO: 7 DEL 19/05/2022
CHIRURGO: VANNI
NIPOTE ALESSIO
DATA PER NASCITA: 28/06/1940 ES: 75 ANNI
SESSO: F

NOSOLOGICO: **WELC@NCR21**
ANNO RICOVERO: 2022
REPARTO: **Chirurgia generale**
RECUOCO: EMERGENZA
SALA: 2

È possibile
Switchare
dalla sezione
dedicata del
RO alla
Home di
reparto

Vai alle richieste

Sign In Time Out Intervento

CHIRURGIA TRAPIANTI

Stanze occupate: 2 | Letti occupati: 2/49

Richieste
trasferimento

Richieste di
accettazione

Dimissioni da
completare

Prelievi da effettuare

Referti da controllare

SIGN IN

ANESTESISTA - INTERMIERE, PRIMA DILE

IL PAZIENTE HA CONFERMATO

Filero Pazienti | Liste | Preospedalizzazioni | Trasferimenti | Pazienti Dimessi | Stato reparto | Liste operatorie

Esporta

SI | NO

PDF BRIEFING | PDF BRIEFING CON SBAR

Lista pazienti

Stanza	Letto	Paziente	Nosologico	Codice Fiscale	Attività	Terapie	Strumenti
	1	NEGRE DIMITRI	325916	NRGDR87E2C7444M			
	11	BATAGLIA ETHAN	09160101	BTTFH495926A225D			

www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polisnet
twitter.com/polisnet
Via Nomentana, 150
00167 - Roma
tel 06.9292.9880 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



Compilazione dell'evento chirurgico

1 Data Evento chirurgico: 24/05/2022

2 Nome comune intervento: BENDAGGIO GASTRICO OPEN

3 Sanificazione operatore della sala: 25 minuti

4 Preparazione del campo chirurgico chirurgo: 10 minuti

5 Anestesiologia (esclusione Anestetista): 0 minuti

6 Chirurgico (esclusione chirurghi): 120 minuti

7 Classe di intervento: 90 (100) minuti

8 Blocco Preposto: BOE - 1

9 Primo operatore: Equipe - DR MARCO ROSSI - M

10 Preparazione dei servizi operatori infermiere strumentista e fuori campo: 25 minuti

11 Chiusura intervento infermiere chirurgo: 10 minuti

12 Posizionamento anestesista chirurgo infermiere fuori campo: 20 minuti

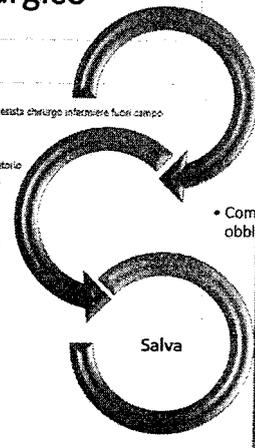
13 Tempo missing peroperatorio: 100 minuti

14 Tempo Totale Anestesia: 0 minuti

15 Tempo Totale intervento: 220 minuti

16 Sala proposte: 1

17 UOC/USO di appartenenza del primo operatore: Ospedale S.Camillo Forlanini



- La scelta del nome comune intervento popola i tempi
- Compila i campi obbligatori

www.polisnet.it
www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polisnet
twitter.com/polisnet

Via Nomentana, 150
00167 - Roma
tel 06.9292.9880 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it

95



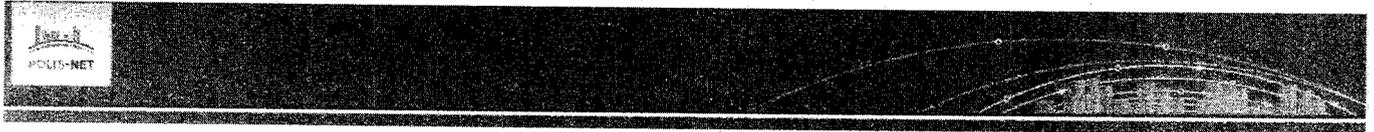
Procedura Generale

REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI

Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 91 di 110



Compilazione dell'evento chirurgico

Nome di intervento

Stato Preposto

BOE - I

Nome operatore

Equipe: DR MARCO AOSB - M

Recupero Sangue

Serie

Sala proposta

LOCUS/D di appartenenza del primo operatore

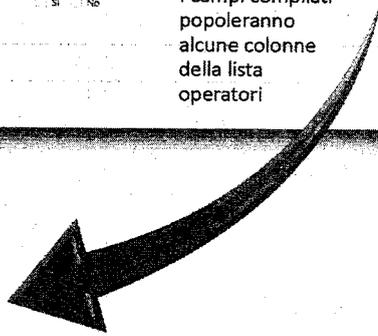
Ospedale S.Camillo Forlanini

TRPO

Si No

• I campi compilati popoleranno alcune colonne della lista operatori

Caricamento e Salva



www.polis-net.it
www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polis-net
twitter.com/polisnet

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



Lista operatoria

LISTA OPERATORIA GIORNAIERA

Lista Interventi

Aggiornamento Chirurgico

Notologio	Nome	Cognome	Data di nascita	giorni lista attesa	Data inserimento	Data	Inizio Anestesia	Tempo Tot. Interv.	Stato	Nome Comune	Blocco	Sala	Azioni
75249311	GIANCARLO	TESTIMONE	08/12/1966	55 anni	5	22/03/2022	20:25	23:04	0	APFENDICESTO MIA LAPAROSCOPICA	Blocco 2		

La tabella è filtrabile per colonne e dal pannello di comando
 Esporta in formato stampabile
 Accedi alla sezione di RO di ogni evento della lista operatoria

Notologio	Nome	Cognome	Stato	Nome Comune	Blocco	Sala	Diagnosi	Procedura	Schede	Note	Azioni
75249311	GIANCARLO	TESTIMONE	Planificato	APFENDICESTO MIA LAPAROSCOPICA	Blocco 2						

www.polis-net.it
www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polis-net
twitter.com/polisnet

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



Procedura Generale

REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI

Rev. 01 del
03/10/2022

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 92 di 110



Gestione BLOCCHI e SALE

Cliccando sul nome del blocco viene visualizzata la vista della lista operatoria del blocco e la sezione di gestione delle sale

- Home
- Reparti
- Blocchi Operatori
- LISTA OPERATORIA
- PUDDU 2
- DEA -1
- CPRE -1
- Neuroradiologia
- NEUROCHIRURGIA
- PUDDU 6
- Radiologia Intervent...
- LANCISI -1

LANCISI -1

Elenco Pazienti Gestione Sale

LISTA OPERATORIA COMPLETA COMPLESSIVI

Nosologico	Nome	Cognome	Data di nascita	giorni lista attesa	Data Inserimento	Data	Inizio Anestesia	Tempo tot. in	Azioni
WL2020008227	RICCI	BERNARDO	28/06/1946 75 anni	0		28/03/2022 10:58	00:17	0	
WL2020008215	ARMANDO	SPIZZOLLA	30/06/1987 34 anni	0			00:17	0	
20221545878	TEST	DIMISSONI	01/03/1987 35 anni	0		11/05/2022 10:44	00:17	0	

www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polis-net
twitter.com/polisnet

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it



Gestione BLOCCHI e SALE

- Home
- Reparti
- Blocchi Operatori
- LISTA OPERATORIA
- PUDDU 2
- DEA -1
- CPRE -1
- Neuroradiologia
- NEUROCHIRURGIA
- PUDDU 6
- Radiologia Intervent...
- LANCISI -1

LANCISI -1

Elenco Pazienti Gestione Sale

Sala: SALA IBRIDA Sala: 1 Sala: 3 Sala: 4 Sala: PACU LANCISI Sala: 5 Sala: 2

APERTURA

Data e ora di apertura

Seleziona la data

Causale di apertura

Causale di apertura

CHIUSURA

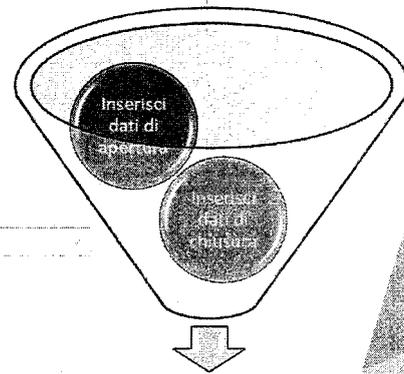
Data e ora di chiusura

Seleziona la data

Causale di chiusura

Causale di chiusura

Salva impostazioni Sala Annulla



www.polis-net.it
www.facebook.com/polisnet
www.linkedin.com/company/polis-net
twitter.com/polisnet

Via Nomentana, 150
00162 - Roma
tel 06.9292.9860 - fax 06.8745.99789
info@polis-net.it

97



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 93 di 110

ALLEGATO 13.4 RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE PSQST126

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli	RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE	PSQST126
---	---	-----------------

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

Attività	Qualifica	Firma
Redazione	RESP AREA	Dott.ssa MB Rondinelli,
Verifica	RAQ	Dott. C. Lavorino
Approvazione	DIRETTORE SIMT	Prof. L. Pierelli

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0	-	Prima Stesura	10/08/2011
1	-	Revisione documento	24/02/2015
2	-	Cambiamenti moduli; griglia di responsabilità,	07/08/2015
3	Paragr 6	responsabilità	05/02/2016
4	Tutti	Revisione periodica	04/02/2019
5	Tutti	Revisione periodica	03/05/2021

ELENCO ALLEGATI

All. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	MOD01PSQST126	Richiesta Recupero sangue
2	MOD 02 PSQST 126	Report registrazione attività

Data 03/05/2021	Rev.5	Pagina 1 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 94 di 110

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</p> <p>SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli</p>	RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE	PSQST126
---	---	-----------------

1. SCOPO

I pazienti candidati ad interventi elettivi ortopedici, di chirurgia vascolare maggiore, cardiotoracici, di chirurgia generale, di chirurgia dei trapianti, di neurochirurgia, di chirurgia d'urgenza, di chirurgia ostetrica-ginecologica e di chirurgia urologica, possono essere arruolati nell'attività autotrasfusionale del recupero perioperatorio integrata in un programma di "Patient Blood Management" (PBM).

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il recupero perioperatorio del sangue può essere applicato sia alla chirurgia elettiva che d'urgenza, nei casi non programmabili, come negli aneurismi dissecati aortici, nell'ipertensione portale, negli emoperitonei o emotoraci spontanei, nei soggetti traumatizzati, nei soggetti che presentino controindicazioni alla flebotomia per il predeposito autologo.

Il recupero perioperatorio deve essere applicato nelle attività chirurgiche d'urgenza e rappresenta uno strumento valido per la riduzione dell'uso di sangue allogeneo e degli effetti collaterali connessi.

3. LUOGO DI APPLICAZIONE

Il recupero perioperatorio viene eseguito dall'equipe preposta, direttamente in sala operatoria con l'uso di strumentazioni dedicate, ed esattamente:

- Cell-Saver 5, CATS (Fresenius) per il cardiovascolare;
- Cell-Saver 5 per la chirurgia elettiva generale e specialistica (Urologica, ortopedica, trapiantologica, neurochirurgica, ostetrica; Chirurgia pediatrica; Chirurgia generale; Chirurgia Toracica)
- Cell-Saver 5 per le chirurgie d'urgenza.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- DDMM 2 Novembre 2015
- Legge 219 21/10/2005
- Standard di Medicina Trasfusionale 4° Edizione 2018
- PDTA sul PBM (Delibera N° 0629/Albo Pretorio)
- Delibera Aziendale 0560 del 18/04/2017 Guida alla Preparazione della Documentazione sanitaria a valenza organizzativa /operativo secondo il sistema di Gestione della qualità .
- DL 101/2018 Trasferimento dei dati Personali
- PSQST 0600 del 23/4/2019 Procedura Aziendale per Consenso Informato
- Delibera Aziendale del 14/01/2019 Funzioni e compiti dei soggetti designati al trattamento dei dati sanitari.

5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA

Data 03/05/2021	Rev.5	Pagina 2 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 95 di 110

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli	RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE	PSQST126
---	---	-----------------

ABBREVIAZIONI	
PACU	Unità di terapia intensiva breve post-chirurgica
HELLP	Sindrome emolitica e pre-eclampsia gravidica
SIMT	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
DEA	Dipartimento di emergenza e accettazione
CCH	Cardiochirurgia
BOE	Blocco operatorio centrale
EMONET	Sistema gestionale informatico
TICCH	Terapia Intensiva cardiocirurgica
CO-PS	Camera operatoria d'urgenza
TCD	Test di Coombs diretto
TCI	Test di Coombs indiretto

6. RESPONSABILITÀ

Responsabilità: Le responsabilità per le attività e gli operatori previsti nella presente procedura sono indicate dalla seguente tabella secondo la priorità:

C = collabora R = responsabile

	<i>Medico Anestesista di turno</i>	<i>Infermiere/o Tecnico dedicato</i>	<i>Dirigente medico responsabile area B (urgenza e attribuzione)</i>	<i>Responsabile di area</i>
Indicazione e Compilazione Richiesta del tipo di recupero effettuabile	R	C	C	R
Montaggio del dispositivo e gestione del separatore		R		C
Reinfusione dell'unità	R	C	C	
Gestione delle eventuali reazioni avverse all'infusione dell'unità di sangue recuperata	R	C	C	
Gestione procedura e manutenzione del separatore		R		
Registrazione dell'attività sul report cartaceo	R	C		
Registrazione dati su EMONET		R	C	C
Notifica al SIMT		C	C	R

Data 03/05/2021

Rev.5

Pagina 3 di 8

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

100



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 96 di 110

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</p> <p>SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli</p>	RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE	PSQST126
---	---	-----------------

7. MODALITA' ESECUTIVE**7.1. COMPILAZIONE RICHIESTA E INDICAZIONI ALL'UTILIZZO**

Il medico specialista dell'equipe anestesista-chirurgico compila la richiesta (All.1) del recupero sangue per tutti gli interventi chirurgici che prevedono una perdita ematica perioperatoria superiore a 500 cc. La richiesta dell'attività del recupero dovrà pervenire al SIMT prima dell'intervento chirurgico e preferibilmente in modo contestuale alla richiesta di sangue.

Appena pervenuta al SIMT, la richiesta di recupero deve essere accettata nell'Area A (area dell'accettazione e della consulenza di medicina trasfusionale - vedi PSQST100) dal TSLB addetto con le stesse modalità con cui vengono registrate le richieste trasfusionali. Trattandosi, tuttavia, di una richiesta di unità da recupero intra- o post-operatorio, l'emocomponente richiesto deve essere registrato come "Emazie concentrate sbc filtrate, lavate da RIO e da RPO" (emc 98 per EmoNet). La richiesta non deve essere accompagnata da campioni di sangue poiché rappresenta esclusivamente la richiesta di una procedura. Subito dopo l'accettazione, il TSLB addetto dovrà procedere alla cancellazione della cartella esami generata dall'accettazione della richiesta. Nell'apposito spazio del modulo, il TSLB dovrà applicare l'etichetta di accettazione della richiesta trasfusionale, analogamente a quanto viene fatto per le richieste di emocomponenti. Se la richiesta di recupero viene recapitata contemporaneamente a una richiesta di trasfusione, quest'ultima deve essere accettata indipendentemente e secondo le modalità consuete. La richiesta di recupero deve essere infine trasferita nell'apposito contenitore della stanza dove viene effettuata l'"Assegnazione" insieme alle richieste trasfusionali. Di norma il medico dell'area B (area dell'urgenza e dell'attribuzione), di concerto con quello dell'area A (dell'accettazione e della consulenza di medicina trasfusionale) deve curarsi di tenere associate le richieste di trasfusione e di recupero, qualora siano entrambe state inviate per lo stesso paziente.

Nel caso di richieste di recupero sangue concomitanti e pervenute al SIMT preventivamente, il medico addetto al settore PBM (orario 8-14) ed il medico del settore assegnazione -urgenze (h14-20; h20-8) dovrà valutare la priorità sulla base della tipologia dell'intervento chirurgico e sulle caratteristiche del paziente coinvolto, acquisendo le informazioni necessarie sia sul campo Note DI Emonet sia correlandosi eventualmente con il medico anestesista di settore in turno.

Il Responsabile medico dell'Area diagnostica, coordina l'attività in termini di **indicazione all'utilizzo e controindicazione**, valutando gli indicatori specifici assegnati dal collegio di Direzione del SIMT, in condivisione con le varie equipe anestesologiche di settore chirurgico elettivo e d'urgenza. L'attività di recupero viene effettuata direttamente in sala operatoria attraverso il montaggio del dispositivo monouso dedicato dal tecnico dedicato o dall'infermiere di sala operatoria.

7.2. RECUPERO PERIOPERATORIO

I principi di funzionamento dei sistemi sono i seguenti: il recupero viene effettuato mediante l'aspirazione del sangue perduto nel campo operatorio in corso d'intervento o nell'immediata fase postchirurgica, con raccolta dello stesso in contenitori sterili. Il sangue raccolto è preventivamente anticoagulato in eparina, filtrato attraverso filtri da 40-170 micron, frazionato attraverso separatori cellulari modificati, lavato in

Data 03/05/2021	Rev.5	Pagina 4 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale

Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022

Pag. 97 di 110

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</p> <p>SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli</p>	<p>RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE</p>	<p>PSQST126</p>
---	--	------------------------

sistemi di recupero "in modalità wash" e successivamente reinfuso attraverso i dispositivi da infusione per emocomponenti.

Generalmente, il concentrato di emazie generato dai diversi dispositivi di recupero "wash" (per i dettagli delle relative procedure si rimanda agli specifici manuali illustranti i protocolli semiautomatici delle diverse apparecchiature e le caratteristiche dei set monouso disponibili) presenta un Hct compreso tra 60 e 70%, un bassissimo numero di piastrine contaminanti (le piastrine recuperate dal sangue del campo operatorio presentano una forte attivazione e pertanto rappresentano una componente non totalmente desiderabile nel prodotto finale) ed una irrilevante presenza di fattori provenienti dall'attivazione della cascata emocoagulativa e dalla degradazione del fibrinogeno.

Nei pazienti in cui sarà stato possibile attivare un programma di predeposito o di emodiluizione il sangue recuperato (inevitabilmente raccolto in un sistema aperto) dovrà essere tassativamente reinfuso prima del sangue di emodiluizione o predepositato.

E' obbligatorio per il personale tecnico del SIMT dedicato all'attività del recupero sangue prendere visione:

- 1) delle richieste di recupero pervenute al SIMT, che si trovano di norma associate alle richieste di trasfusione, qualora queste ultime siano state inviate
- 2) delle liste operatorie pervenute via fax
- 3) delle prescrizioni mediche previste nel report di consulenza preoperatoria

Per le richieste di recupero perioperatorio relative alle **chirurgie d'urgenza**, i tecnici dedicati saranno allertati dal centralino aziendale (provisto delle liste mensili di turnazione e dei numeri di reperibilità) in seguito alla richiesta effettuata dall'Anestesista in turno che provvederà a formalizzarla attraverso l'apposito modulo che avrà cura di inviare al SIMT. (All 1).

Le case di cura convenzionate con il SIMT hanno l'onere legislativo in materia trasfusionale di condividere la seguente procedura e di notificare l'attività sull'apposito report.

7.3. RECUPERO IN STERILE

Questa modalità di utilizzo del recupero viene riservata soltanto ai casi in cui dove la perdita ematica intraoperatoria prevista sia inferiore a 400 cc; consiste essenzialmente nel montaggio della linea di aspirazione dedicata collegata ad un reservoir graduato direttamente nella parte sterile del campo operatorio.

Se il liquido ematico raccolto è inferiore a 400 cc non dovrà essere ovviamente reinfuso al paziente in quanto di esigua entità e rappresentato prevalentemente da liquidi di irrigazione del campo operatorio.

7.4. INDICAZIONI

I criteri di eleggibilità per la suddetta strategia autotrasfusionale sono i seguenti:

- Pazienti candidati a chirurgia ortopedica per inserzione di protesi primaria d'anca e ginocchio;
- Pazienti candidati a chirurgia ortopedica per le revisioni protesiche ortopediche
- Pazienti candidati a chirurgia ortopedica per frattura di bacino;
- Pazienti candidati a chirurgia vascolare maggiore ;
- Pazienti candidati ad interventi di cardiocirurgia e trapiantologia cardiaca ;

Data 03/05/2021	Rev. 5	Pagina 5 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 98 di 110

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</p> <p>SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli</p>	<p>RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE</p>	<p>PSQST126</p>
---	--	------------------------

- Pazienti candidati a chirurgia urologica per nefrectomie, cistectomie e prostatectomie radicali;
- Pazienti candidati a resezione epatica (trapianto di fegato ove il programma e' attivo);
- Pazienti candidati ad intervento di chirurgia ginecologica ad alto rischio emorragico.
- Pazienti candidati ad intervento di chirurgia d'urgenza per emoperitoneo e/o emotorace

7.5. INDICAZIONI DEL RECUPERO INTRAOPERATORIO IN CHIRURGIA OSTETRICA

Il recupero intraoperatorio in CH. Ostetrica rappresenta un controverso campo d'applicazione, in quanto la riduzione della trasfusione di sangue allogenico riveste particolare importanza in relazione all'età e delle condizioni di fertilità delle donne; tuttavia si evidenzia la necessità di considerare alcune problematiche correlate con la possibilità di contaminazione del sangue recuperato con liquido amniotico, di contaminazione batterica, di alloimmunizzazione materna nei confronti del sangue fetale.

Le complicanze emorragiche peri-partum rappresentano una delle principali cause di morbilità e mortalità materna ed un potenziale pericolo per la sopravvivenza del feto.

Le Emorragie ante-partum si possono verificare per i seguenti motivi:

- aborto spontaneo
- disordini della coagulazione
- neoplasie
- anomalie d'impianto della placenta (placenta previa, accreta, increta, percreta)
- distacco di placenta
- rottura d'utero
- eclampsia, sindrome HELLP

Le Emorragie post-partum si verificano entro 24h dal parto, sia vaginale che cesareo, se le perdite ematiche superano i 1000 ml e si possono verificare per:

- lacerazione vaginale o cervicale
- atonìa uterina
- inversione uterina
- coagulopatie

E' quindi molto importante l'individuazione di una prevedibilità della complicanza emorragica da parte dell'equipe chirurgica - anestesio-logica ostetrica per poter predisporre tutte le misure correttive e trattamenti adeguati, tra i quali l'utilizzo del recupero sangue intraoperatorio, che verrà predisposto soltanto nelle condizioni di possibile sanguinamento perichirurgico.

E' necessario quindi che la procedura del recupero intraoperatorio sia richiesta dall'equipe anestesio-logica -chirurgica attraverso l'invio dell'apposito modulo di richiesta al SIMT.

Il montaggio del circuito deve essere predisposto all'inizio dell'intervento in modalità stand-by (recupero in sterile). La raccolta del sangue dal campo operatorio con predisposizione di tutto il circuito del recupero dovrà essere avviata solo quando le perdite emorragiche siano abbondanti e si ravveda la necessità di reinfondere il sangue recuperato. La reinfusione del sangue deve essere prevista quando vi siano volumi ematici persi superiori a 1000 cc.

Data 03/05/2021	Rev.5	Pagina 6 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc. : 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 99 di 110

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli	RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE	PSQST126
--	---	-----------------

E' indispensabile inoltre prevedere di utilizzare il sangue recuperato soltanto dopo aver osservato le seguenti misure cautelative:

- 1) iniziare la raccolta ematica soltanto dopo l'estrazione dell'unità feto-placentare;
- 2) prevedere il duplice lavaggio del sangue con almeno 1000 ml di soluzione fisiologica allo 0,9%;
- 3) eliminare completamente lo strato di buffy-coat, effettuando il rimescolamento delle emazie;
- 4) prevedere l'utilizzo di un deflussore con filtro deleucocizzanti per la rimozione di emboli di liquido amniotico.

Il medico anestesista presente in sala avrà la responsabilità di decidere l' eventuale utilizzazione del sangue recuperato , basandosi ovviamente sulle necessità cliniche contestuali e sulle condizioni emodinamiche della paziente , notificando al SIMT sul report di attività le eventuali decisioni in merito.

7.6. CRITERI DI ESCLUSIONE

- Pazienti con Hct < 28%
- Pazienti sottoposti ad interventi chirurgici per cui e' codificato un MSBOS < 2 unità globuli rossi
- Pazienti settici o con possibile infezione dell' area chirurgica
- Pazienti in cui sia presente contaminazione del campo operatorio da liquidi organici di origine intestinale o urinaria o di provenienza dall'utero per donne gravide
- Pazienti in cui si renda necessario l' uso di irriganti locali (betadine) o antibiotici per uso topico (bacitracina, neomicina, polimixina)
- Pazienti in cui sia previsto l'uso di agenti emostatici topici (collagene, cellulosa, trombina)
- Pazienti con difetti congeniti intraeritrocitari con o senza emolisi escluso il trait talassemico
- Pazienti con alterazioni immunoematologiche specifiche e notificate dal SIMT (tipo crioagglutininemia)
- Pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con neoplasia maligna disseminata

7.7. RECUPERO POST-OPERATORIO

Questo tipo di recupero viene effettuato utilizzando il sistema Cardiopat in cardiocirurgia ed il sistema Orthopat in altre discipline chirurgiche (Urologia , Ortopedia) quando si ravvede la necessità di recuperare il sangue dai drenaggi chirurgici, qualora il sanguinamento post-operatorio fosse abbondante.

Sarà cura del tecnico dedicato afferente al SIMT la preparazione dello strumento e la gestione del software collegato, mentre l'aspetto clinico e le reazioni avverse del paziente saranno gestite dal medico anestesista di sala.

Per il recupero post-operatorio del sangue proveniente dai drenaggi della ferita chirurgica, valgono gli stessi criteri e le stesse controindicazioni descritte per il recupero intraoperatorio.

Trova indicazione in alcuni interventi di cardiocirurgia (emorragie post-operatorie in fase elettiva e trapiantologica) ed ortopedia (artroprotesi d'anca e di ginocchio primaria e secondaria , fratture femorali periprotesiche).

Il completamento di questa attività avviene in PACU nell'immediato post-operatorio e successivamente nel reparto di afferenza del paziente. Le procedure del recupero post-operatorio saranno gestite dal tecnico dedicato che si avvarrà della collaborazione degli infermieri di reparto per quanto concerne la gestione

Data 03/05/2021	Rev. 5	Pagina 7 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 100 di 110

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli	RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE	PSQST126
---	---	-----------------

delle apparecchiature e strumentazioni e del medico di guardia del reparto per la gestione clinica e trasfusionale del paziente.

Tutti i dati sul recupero postoperatorio (volume di liquido ematico drenato, volume di sangue reinfuso, note cliniche) devono essere registrati utilizzando l'apposito modulo Allegato 2 a cura dell'equipe coinvolta nella procedura.

8. NOTIFICA AL SIMT

La reportistica cartacea Modulo (All. N.2) relativa alla singola attività di recupero svolta deve essere compilata debitamente dal tecnico addetto al recupero sangue che esegue l'assemblaggio della strumentazione e validata dal medico anestesista che avrà cura di apporre la propria firma.

Sarà cura del personale tecnico dedicato del SIMT provvedere al riordino dei report alla registrazione dell'attività nel gestionale EMONET del SIMT e conservazione nell'archivio presente nella sala riunioni del SIMT.

Il personale tecnico dedicato del SIMT al termine della procedura di recupero inserisce i dati salienti di quest'ultima nella casella "NOTE" dell'anagrafica del gestionale EmoNet relativa al paziente sottoposto a recupero. Devono essere riportate almeno: la data dell'inserimento della nota, il volume di sangue recuperato, il nominativo di chi ha inserito la nota.

Queste attività sono supervisionate periodicamente dal Responsabile di area.

Tutte le attività del recupero sangue effettuate presso le case di cura convenzionate con il SIMT dovranno essere registrate sull'apposito modulo (All. N.2) e dovranno pervenire con cadenza mensile per favorirne la tracciabilità.

Data 03/05/2021	Rev.5	Pagina 8 di 8
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 101 di 110

ALLEGATO 13.5 Modulo di richiesta recupero sangue MOD01 PSTSQ126

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</p> <p>SIMT</p> <p>UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali</p>	<p>RICHIESTA</p> <p>RECUPERO</p> <p>PERIOPERATORIO DEL</p> <p>SANGUE</p>	<p>MOD 01</p> <p>PSQST126</p>
---	--	---

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____

richiede per la/il paziente

COGNOME NOME

NATA/O A IL

DIAGNOSI TIPO D'INTERVENTO

DATA INTERVENTO PRESSO

RICHIESTE per tale intervento programmato :

- RECUPERO INTRAOPERATORIO**
- RECUPERO POSTOPERATORIO**
- MONITORAGGIO COAGULATIVO VISCOELASTICO**

Timbro e firma medico

ROMA, il

SPAZIO RISERVATO AL SIMT

Data 03/05/2021

Rev.5

Pagina 1 di 1

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 102 di 110

ALLEGATO 13.6 MOD02 PSQST126

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</p> <p>SIMT</p> <p>UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali</p>	<p>Report di Registrazione</p> <p>RECUPERO PERIOPERATORIO DEL SANGUE</p>	<p>MOD02 PSQST126</p>
---	--	----------------------------------

ENTE DI APPARTENENZA _____

Intraoperatorio Tipo _____ CDM _____Postoperatorio Tipo _____ CDM _____

Data intervento _____ orario inizio _____ Orario fine _____

Etichetta CAI /CDM

(dati del paziente)

Cognome _____

Nome _____ Sesso: M F

Data di nascita _____ Gruppo sanguigno _____

Reparto _____

Diagnosi/Intervento _____

Circuito utilizzato Reservoir Campana

Perdita emorragica ml: Intra _____ Post _____

Emazie recuperate ml: Intra _____ Post _____

Hb-PRE recupero _____ Hb-POST recupero _____

Lotto circuito n° _____ Scadenza _____

Note _____

MONITORAGGIO OSSIFORETICO SI NO

Notiche cliniche (a cura dell'anestesista)

Firma del Medico Anestesista _____

Firma del Infermiere / Tecnico del SIMT/Perfusionista _____

Data 03/05/2021	Rev.5	Pagina 1 di 1
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 103 di 110

**ALLEGATO 13.7 Procedura Numero 04: "GESTIONE RICHIESTE FARMACI E DM CON
CONSEGNA SETTIMANALI"**

	4 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE RICHIESTE FARMACI E DM CON CONSEGNA SETTIMANALI		MOD 1, Aggiornato il 01/01/2021
	INPUT: RICHIESTE	OUTPUT: DISTRIBUZIONE	

ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTI DI SUPPORTO
COMPILAZIONE RICHIESTE TRAMITE SOFTWARE AZIENDALE IN FARMACIA DUE GIORNI PRIMA DEL GIORNO DI CONSEGNA SETTIMANALE (VEDI CALENDARIO)	MEDICO / COORDINATORE	UU.OO.	SOFTWARE AZIENDALE CALENDARIO SETTIMANALE C.O.
CONTROLLO E CORREZIONE RICHIESTE RISPETTO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, INDICAZIONE D'USO, GIACENZA ARMADIETTO DI REPARTO (GIACENZA MINIMA)	FARMACISTA DI SETTORE	FARMACIA	SOFTWARE AZIENDALE MODELLI DI RICHIESTA REGIONALE MODELLI DI RICHIESTA PERSONALIZZATA INDICAZIONI TERAPEUTICHE DESTINAZIONE D'USO
ALLESTIMENTO FARMACI E DM	PERSONALE MAGAZZINI	MAGAZZINI FARMACIA	RICHIESTA INFORMATIZZATA
CONSEGNA E RITIRO FARMACI E DM ALLESTITI ALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E FIRMA MODELLI CONSEGNE	PERSONALE MAGAZZINI/ DITTA TRASPORTI	MAGAZZINI FARMACIA	MODELLO CONSEGNE
RICEZIONE FARMACI E DM E FIRMA LEGGIBILE DEI MODELLI DI CONSEGNA DAL COORDINATORE O SUO DELEGATO	COORDINATORE SUO DELEGATO	UU.OO.	MODELLO CONSEGNE



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 104 di 110

ALLEGATO 13.8 Procedura Numero 12: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI SENZA SISTEMA RFID"

	12 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI CAMERE OPERATORIE SENZA SISTEMA RFID		MODI Aggiornato il 16/09/2022
	INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	

ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTI DI SUPPORTO
DEFINIZIONE DEI LOTTI AGGIUDICATI SU CUI ATTIVARE IL CONTO DEPOSITO E INVIO IN FARMACIA DEL MODELLO RICHIESTA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO COMPILATO NEI QUANTITATIVI	DIRETTORE U.O.	CAMERA OPERATORIA	CAPITOLATO AGGIUDICATO DELIBERA
INVIO ALLA DITTA AGGIUDICATARIA DELLA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL CONTO DEPOSITO	AMMINISTRATIVO/ PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	FARMACIA	MODELLO RICHIESTA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO
CONSEGNA PRESSO LA FARMACIA DEI DISPOSITIVI RICHIESTI ALLA DITTA AGGIUDICATARIA	DITTA AGGIUDICATARIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CONTROLLO E ACCETTAZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI, CARICO DEL DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) SULL'ARMADIETTO DI CONTO DEPOSITO DELLA U.O. RICHIEDENTE NEL GESTIONALE AREAS	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) MODELLO RICHIESTA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO
CONSEGNA E RITIRO DISPOSITIVI PROTESICI CONTROLLATI ALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E FIRMA MODELLI RIEPILOGO CONSEGNE	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINI FARMACIA	MODELLO RIEPILOGO CONSEGNE



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 105 di 110

	12 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI CAMERE OPERATORIE SENZA SISTEMA RFID		MODI Aggiornato il 16/09/2022
	INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	

CONSEGNA ALLA CAMERA OPERATORIA DEI DISPOSITIVI PROTESICI	DITTA TRASPORTI	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
RICEZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI E FIRMA MODELLI CONSEGNA	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
CONTROLLO ED IMMAGAZZINAMENTO DISPOSITIVI PROTESICI	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MAGAZZINO DI CAMERA OPERATORIA
ENTRO 48H DALL'INTERVENTO CONSEGNARE IN FARMACIA L'ATTO D'IMPIANTO FIRMATO DALL'OPERATORE RECANTE: <ul style="list-style-type: none"> • DATA INTERVENTO • DESCRIZIONE INTERVENTO • CENTRO DI COSTO • ETICHETTE ADESIVE PER I DISPOSITIVI PROTESICI STERILI • CODICE PRODOTTO, LOTTO E QUANTITA' PER I DISPOSITIVI PROTESICI NON STERILI 	FARMACISTA REFERENTE/AMMINISTRATIVO	FARMACIA	ATTO OPERATORIO
GENERAZIONE ORDINE DI ACQUISTO E CONTESTUALE EMISSIONE DELLA LETTERA DI REINTEGRO ALLA DITTA AGGIUDICATARIA	AMMINISTRATIVO	FARMACIA	ORDINE E LETTERA DI REINTEGRO
CONSEGNA PRESSO LA FARMACIA DEI DISPOSITIVI PROTESICI REINTEGRATI DALLA DITTA AGGIUDICATARIA	DITTA AGGIUDICATARIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)

	12 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI CAMERE OPERATORIE SENZA SISTEMA RFID		MODI Aggiornato il 16/09/2022
	INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	

CONTROLLO E ACCETTAZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI, CARICO DEL DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) SULL' ARMADIETTO DI CONTO DEPOSITO DELLA U.O. RICHIEDENTE NEL GESTIONALE AREAS	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CONSEGNA E RITIRO DISPOSITIVI PROTESICI CONTROLLATI ALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E FIRMA MODELLI RIEPILOGO CONSEGNE	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINI FARMACIA	MODELLO RIEPILOGO CONSEGNE
CONSEGNA ALLA CAMERA OPERATORIA	DITTA TRASPORTI	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
RICEZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI E FIRMA MODELLI CONSEGNA	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
CONTROLLO ED IMMAGAZZINAMENTO MATERIALE	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MAGAZZINO REPARTO



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 106 di 110

ALLEGATO 13.9 Procedura Numero. 13:" GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CON SISTEMA RFID"

	13 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CAMERE OPERATORIE CON SISTEMA RFID		MODI Aggiornato il 16/09/2022
	INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	

ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTI DI SUPPORTO
DEFINIZIONE DEI LOTTI AGGIUDICATI SU CUI ATTIVARE IL CONTO DEPOSITO E INVIO IN FARMACIA DEL MODELLO RICHIESTA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO COMPILATO NEI QUANTITATIVI	DIRETTORE U.O.	CAMERA OPERATORIA	CAPITOLATO AGGIUDICATO DELIBERA
INVIO ALLA DITTA AGGIUDICATARIA DELLA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL CONTO DEPOSITO	AMMINISTRATIVO/ PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	FARMACIA	MODELLO RICHIESTA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO
CONSEGNA PRESSO LA FARMACIA DEI DISPOSITIVI RICHIESTI ALLA DITTA AGGIUDICATARIA	DITTA AGGIUDICATARIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CONTROLLO E ACCETTAZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) MODELLO RICHIESTA ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO

	13 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CAMERE OPERATORIE CON SISTEMA RFID		MODI Aggiornato il 16/09/2022
	INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	

CARICO DEI DISPOSITIVI PROTESICI IN AREAS SUL MAGAZZINO DI CONTO DEPOSITO CARICO DEL DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) SULL' ARMADIETTO DI CONTO DEPOSITO DELLA U.O. RICHIEDENTE NEL GESTIONALE AREAS E CONTESTUALE TAGGATURA CON SISTEMA RFID	DEENOVA	FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CONSEGNA E RITIRO DISPOSITIVI PROTESICI CONTROLLATI ALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E FIRMA MODELLI RIEPILOGO CONSEGNE	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINI FARMACIA	MODELLO RIEPILOGO CONSEGNE
CONSEGNA ALLA CAMERA OPERATORIA	DITTA TRASPORTI	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
RICEZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI E FIRMA MODELLI CONSEGNA	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
CONTROLLO ED IMMAGAZZINAMENTO MATERIALE	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MAGAZZINO REPARTO



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 107 di 110

13 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CAMERE OPERATORIE CON SISTEMA RFID			
INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO		OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	
INSERIMENTO DEI DATI DELL'INTERVENTO SUL SISTEMA SOFIA PRESENTI IN CAMERA OPERATORIA CON I SEGUENTI DATI: • DATA INTERVENTO • TIPOLOGIA DI PROCEDURA • ANAGRAFICA PAZIENTE • CODICE RADIOLOGICO • SALA • CENTRO DI COSTO	OPERATORE DI SALA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
IMPUTAZIONE AL PAZIENTE DEI DISPOSITIVI PROTESICI UTILIZZATI INSERENDO NEL "CESTINO" RFID DI SALA TUTTE LE CONFEZIONI TAGGATE DEI DISPOSITIVI PROTESICI UTILIZZATI	OPERATORE DI SALA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
SCARICO AUTOMATICO DELLA GIACENZA DALL'ARMADIETTO DI CONTO DEPOSITO IN AREAS	INTEGRAZIONE GESTIONALE AREAS-SOFIA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
GENERAZIONE DELL'ORDINE E CONTESTUALE EMISSIONE DELLA LETTERA DI REINTEGRO DEI DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	AMMINISTRATIVO	FARMACIA	ORDINE E LETTERA DI REINTEGRO
CONSEGNA PRESSO LA FARMACIA DEI DISPOSITIVI PROTESICI REINTEGRATI DALLA DITTA AGGIUDICATARIA	DITTA AGGIUDICATARIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)

MOD1 Aggiornato il
16/09/2022

13 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CAMERE OPERATORIE CON SISTEMA RFID			
INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO		OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	
INSERIMENTO DEI DATI DELL'INTERVENTO SUL SISTEMA SOFIA PRESENTI IN CAMERA OPERATORIA CON I SEGUENTI DATI: • DATA INTERVENTO • TIPOLOGIA DI PROCEDURA • ANAGRAFICA PAZIENTE • CODICE RADIOLOGICO • SALA • CENTRO DI COSTO	OPERATORE DI SALA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
IMPUTAZIONE AL PAZIENTE DEI DISPOSITIVI PROTESICI UTILIZZATI INSERENDO NEL "CESTINO" RFID DI SALA TUTTE LE CONFEZIONI TAGGATE DEI DISPOSITIVI PROTESICI UTILIZZATI	OPERATORE DI SALA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
SCARICO AUTOMATICO DELLA GIACENZA DALL'ARMADIETTO DI CONTO DEPOSITO IN AREAS	INTEGRAZIONE GESTIONALE AREAS-SOFIA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
GENERAZIONE DELL'ORDINE E CONTESTUALE EMISSIONE DELLA LETTERA DI REINTEGRO DEI DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	AMMINISTRATIVO	FARMACIA	ORDINE E LETTERA DI REINTEGRO
CONSEGNA PRESSO LA FARMACIA DEI DISPOSITIVI PROTESICI REINTEGRATI DALLA DITTA AGGIUDICATARIA	DITTA AGGIUDICATARIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)

MOD1 Aggiornato il
16/09/2022

112



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 108 di 110

	13 - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI PROTESICI ANCHE IMPIANTABILI ATTIVI CAMERE OPERATORIE CON SISTEMA RFID		MODI Aggiornato il 16/09/2022
	INPUT: ATTIVAZIONE CONTO DEPOSITO	OUTPUT: REINTEGRO DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTATI	

CONTROLLO E ACCETTAZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI REINTEGRATI	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINO FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CARICO DEL DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) SULL' ARMADIETTO DI CONTO DEPOSITO DELLA U.O. RICHIEDENTE NEL GESTIONALE AREAS	PERSONALE DEENOVA	FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CONSEGNA E RITIRO DISPOSITIVI PROTESICI CONTROLLATI ALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E FIRMA MODELLI RIEPILOGO CONSEGNE	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINI FARMACIA	MODELLO RIEPILOGO CONSEGNE
CONSEGNA ALLE CAMERE OPERATORIE DEI DISPOSITIVI PROTESICI	DITTA TRASPORTI	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
RICEZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI E FIRMA MODELLI CONSEGNA	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CONSEGNE
CONTROLLO ED IMMAGAZZINAMENTO MATERIALE	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MAGAZZINO REPARTO



Procedura Generale	REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE OPERATORIE AZIENDALI	Rev. 01 del 03/10/2022
Cod. Doc.: 901/PG/S0BC01/22/02		Pag. 109 di 110

**ALLEGATO 13.10 Procedura Numero. 13A: "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI
SPECIALISTICI GESTITI CON SISTEMA RFID"**

13A - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI CAMERE OPERATORIE GESTITI CON SISTEMA RFID			
INPUT: RICHIESTE		OUTPUT: LETTERA D'ORDINE	
MOD1 Aggiornato il 16/09/2021			
ATTIVITA' E CONTROLLI	RESPONSABILITA'	SETTORE OPERATIVO	DOCUMENTI DI SUPPORTO
COMPILAZIONE RICHIESTE E INVIO VIA FAX O TRAMITE GESTIONALE AREAS IN FARMACIA	MEDICO / COORDINATORE	CAMERA OPERATORIA	MODELLI RICHIESTE PROCEDURA INFORMATIZZATA
CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE RICHIESTE RISPETTO: <ul style="list-style-type: none"> GIACENZA DELL'ARMADIETTO DI REPARTO QUANTITATIVI AGGIUDICATI PRESENTI NEL CONTRATTO DI GARA 	FARMACISTA REFERENTE / AMMINISTRATIVO	FARMACIA	MODELLI RICHIESTE PROCEDURA INFORMATIZZATA
ORDINE DISPOSITIVI MEDICI RICHIESTI	AMMINISTRATIVO	FARMACIA	ORDINE
RICEVIMENTO DISPOSITIVI MEDICI	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINO FARMACIA	ORDINE
CARICO DEL DOCUMENTO DI TRASPORTO SU GESTIONALE AREAS (CARICO ARMADIETTO DI REPARTO) E TAGGATURA DEI DISPOSITIVI MEDICI CON SISTEMA RFID	DEENOVA	FARMACIA	DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT) DOCUMENTO DI TRASPORTO (DDT)
CONSEGNA DISPOSITIVI MEDICI TAGGATI RFID ALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E FIRMA MODELLI CON RIEPILOGO CONSEGNE	PERSONALE MAGAZZINO FARMACIA	MAGAZZINO FARMACIA	MODELLO CON RIEPILOGO CONSEGNE

13A - SCHEDA DESCRIZIONE PERCORSO: GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI CAMERE OPERATORIE GESTITI CON SISTEMA RFID			
INPUT: RICHIESTE		OUTPUT: LETTERA D'ORDINE	
MOD1 Aggiornato il 16/09/2021			
RITIRO DISPOSITIVI MEDICI DALLA DITTA TRASPORTI INTERNI E CONSEGNA ALLE CAMERE OPERATORIE	DITTA TRASPORTI	MAGAZZINI FARMACIA / CAMERA OPERATORIA	MODELLO CON RIEPILOGO CONSEGNE
RICEZIONE DISPOSITIVI MEDICI TAGGATI E FIRMA MODELLI DI CONSEGNA	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MODELLO CON RIEPILOGO CONSEGNE
CONTROLLO ED IMMAGAZZINAMENTO MATERIALE	COORDINATORE O SUO DELEGATO	CAMERA OPERATORIA	MAGAZZINO DI CAMERA OPERATORIA
INSERIMENTO DEI DATI DELL'INTERVENTO SUL SISTEMA SOFIA PRESENTE IN CAMERA OPERATORIA CON I SEGUENTI DATI: <ul style="list-style-type: none"> DATA INTEVENTO TIPOLOGIA DI PROCEDURA ANAGRAFICA PAZIENTE CODICE RADIOLOGICO SALA CENTRO DI COSTO 	OPERATORI DI SALA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
IMPUTAZIONE AL PAZIENTE DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI INSERENDO NEL "CESTINO" RFID DI SALA TUTTE LE CONFEZIONI TAGGATE DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI	OPERATORI DI SALA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA
SCARICO AUTOMATICO DELLA GIACENZA DALL'ARMADIETTO DI REAPARTO IN AREAS	INTEGRAZIONE GESTIONALE AREAS-SOFIA	CAMERA OPERATORIA	PROCEDURA INFORMATIZZATA



Procedura Generale

**REGOLAMENTO GENERALE DELLE CAMERE
OPERATORIE AZIENDALI**Rev. 01 del
03/10/2022Cod. Doc.:
901/PG/S0BC01/22/02

Pag. 110 di 110

ALLEGATO 13.11 Calendario consegne Camere Operatorie

U.O.C. FARMACIA

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

Circ. one Gianicolense 87 - 00152 - Roma

Direttore - Dott.ssa Cinzia Monaco - Tel. - 06/55558084 - Fax 06/55558082
email - cmonaco@scamilloforlanini.rm.it

CALENDARIO DI CONSEGNA SETTIMANALE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

	CAMERA OPERATORIA	GIORNO
1	BOE	MERCOLEDÌ
2	C.O. CARDIO/ C.O. CHIRURGIA VASCOLARE	
3	C.O. NEUROCHIRURGIA	GIOVEDÌ
4	C.O. NEURORADIOLOGIA	
5	C.O. GINECOLOGIA	VENERDÌ
6	C.O. POIT	
7	C.O. PACEMAKER	
8	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
9	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	