



Regolamento per l'organizzazione dell'attività dei Blocchi Operatori

(Reg. n. 85/2022)

Adottato con Ordinanza Presidenziale n.39 del 17 novembre 2022
Ratificato con deliberazione n. 5/C.d.A./99 del 25 novembre 2022



SOMMARIO

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI	3
CAPO I – OGGETTO E AMBITO DI APPLICAZIONE	3
ART. 1 - PREMESSA	3
TITOLO II – BLOCCO OPERATORIO AZIENDALE (BOA)	5
CAPO II – BLOCCO OPERATORIO AZIENDALE (BOA): ORGANISMI DI GESTIONE	5
ART. 2 – COMPOSIZIONE E FUNZIONI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE PER IL BUON USO DELLE SALE OPERATORIE.....	6
ART. 3 - COMPOSIZIONE E FUNZIONE DELL'ORM: GESTORE OPERATIVO DEL PERCORSO CHIRURGICO, FACILITATORE CLINICO E COORDINATORE DI COMPARTO (GO-FC-CC).....	7
ART. 4 – FUNZIONI E COMPITI SPECIFICI DEL GESTORE OPERATIVO DEL PERCORSO CHIRURGICO (GO)	9
ART. 5 – FUNZIONI E COMPITI SPECIFICI DEL FACILITATORE CLINICO (FC)	10
ART. 6 – FUNZIONI E COMPITI SPECIFICI DEL COORDINATORE DI COMPARTO (CC).....	12
ART. 7 - RUOLO DEI DIRETTORI/RESPONSABILI DELLE STRUTTURE CHIRURGICHE E ANESTESIOLOGICHE.....	13
TITOLO III – PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA	13
CAPO III – PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE	13
ART. 8 – PIANIFICAZIONE ANNUALE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE.....	13
ART. 9 – PIANIFICAZIONE SETTIMANALE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE.....	14
ART. 10 – PIANIFICAZIONE GIORNALIERA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE	17
ART. 11 – PROGRAMMAZIONE DELLE SEDUTE INTERVENTISTICHE	18
TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA.....	19
CAPO IV – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE	19
ART. 12 – ASSEGNAZIONE DELLE SALE OPERATORIE DI ELEZIONE	19
ART. 13 – INIZIO E TERMINE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE	19
ART. 14 – AVANZAMENTO DELL'ATTIVITÀ OPERATORIA DI ELEZIONE	20
ART. 15 – POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE SUL TAVOLO OPERATORIO E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE	20
ART. 16 – GESTIONE POST-OPERATORIA	21
ART. 17 – GESTIONE DELL'ATTIVITÀ ROBOTICA	21
CAPO V – SICUREZZA IN SALA OPERATORIA.....	21
ART. 18 – GESTIONE DEI PAZIENTI.....	21
ART. 19 – GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI.....	23
TITOLO VI – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN EMERGENZA E URGENZA.....	24
CAPO VI – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN EMERGENZA E URGENZA NEL BLOCCO OPERATORIO MULTIDISCIPLINARE (BOM)	24
ART. 20 – GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI E/U	25
ART. 21 – INSERIMENTO DI INTERVENTO IN E/U NELLA SEDUTA ORDINARIA	27
CAPO VII – GESTIONE DEGLI IMPREVISTI.....	28
ART. 22 – PROLUNGAMENTO DELLA SEDUTA ORDINARIA OLTRE L'ORARIO PROGRAMMATO.....	28
ART. 23 – PRELIEVI D'ORGANO	29
ART. 24 – ASSENZA NON PROGRAMMATA DI UNA FIGURA CHIAVE NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ ROUTINARIA.....	29
TITOLO VII – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN EMERGENZA E URGENZA NEL BLOCCO OPERATORIO CARDIOTORACICO.....	30
CAPO IX – GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI E/U	30
ART. 25 – INSERIMENTO DI INTERVENTO IN E/U NELLA SEDUTA ORDINARIA	32
CAPO X – GESTIONE DEGLI IMPREVISTI.....	32
ART. 26 – PROLUNGAMENTO DELLA SEDUTA ORDINARIA OLTRE LE ORE 14.00	32
ART. 27 – ASSENZA NON PROGRAMMATA DI UNA FIGURA CHIAVE NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ ROUTINARIA.....	34
TITOLO VIII – DISPOSIZIONI FINALI.....	34
ART. 28 – MODIFICA DEL REGOLAMENTO	34
ART. 29 – ENTRATA IN VIGORE.....	34



TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – OGGETTO E AMBITO DI APPLICAZIONE

ART. 1 - PREMESSA

Il presente documento contiene l'insieme delle regole e procedure di organizzazione dell'attività dei blocchi operatori dell'IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia, nonché la definizione dei ruoli del personale coinvolto nella stessa, con particolare attenzione agli aspetti di coordinamento ed interazione tra ruoli diversi, dei percorsi e delle risorse; non sono oggetto di regolamentazione, in questa versione, gli aspetti clinici né quelli igienistici e di controllo degli accessi, per i quali rimangono in vigore le precedenti disposizioni.

Il **Blocco Operatorio Aziendale (BOA)** è un servizio interdisciplinare, cui accedono tutte le specialità chirurgiche ed interventistiche presenti in Fondazione.

Esso è costituito da tre poli operatori, denominati rispettivamente “**Blocco Operatorio Multidisciplinare (BOM)**”, “**Blocco Operatorio Cardiotoracico (BOC)**”, e “**Blocco Interventistico (BIN)**”. Le Strutture che costituiscono il Blocco Operatorio Aziendale condividono le stesse regole generali di gestione.

Il **Blocco Operatorio Multidisciplinare (BOM)** è attualmente costituito:

- dalle 11 sale operatorie collocate al piano -2 Blocco DEA di cui 1 sala per Emergenza/Urgenza (ed 1 sala non assegnata sala Jolly);
- dalle 7 sale operatorie collocate al 5° piano del Padiglione 29 “Blocco Ortopedia”;
- dalle 2 sale operatorie + 1 sala interventistica collocate al 2° piano del Padiglione 31 “Blocco Multidisciplinare Pediatrico”;
- da 1 sala operatoria collocata al 1° piano del Padiglione 4 “DH Polifunzionale Odontoiatria/Ch. Maxillo-facciale e Dermatologia”/Terapia del Dolore;
- da 1 sala operatoria collocata al 1° piano del padiglione 6 “Oculistica” a breve ricollocata nel padiglione 23 con incremento a 2 sale operatorie;



- da 2 sala operatorie di Ostetricia collocate nel blocco parto al 9° piano del Padiglione 43 DEA;
- da 1 sala operatoria di PMA (collocata al piano 0 del padiglione 7).

Ad esso afferiscono le seguenti specialità chirurgiche:

- Chirurgia Generale 1
- Chirurgia Generale 2
- Neurochirurgia
- Chirurgia vascolare
- Urologia
- Ginecologia
- Ostetricia (Taglio Cesareo, revisioni...)
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Senologia chirurgica
- Chirurgia Plastica
- Ortopedia e Traumatologia
- Oculistica
- Chirurgia Pediatrica
- Gastroenterologia
- Dermatologia
- Procreazione Medicalmente Assistita
- Odontoiatria

Il **Blocco Operatorio Cardiotoracico** è attualmente costituito dalle 3 sale operatorie collocate al piano 0 presso il padiglione 32 “Reparti Speciali”.

Ad esso afferiscono le seguenti specialità chirurgiche:

- Cardiochirurgia;
- Chirurgia Toracica.

L'attività interventistica della Cardiologia allorché necessita di:

- procedure ibride condivise con le chirurgie (TAVI-Mitraclip-Rimozione cateteri infetti-chiusura PFO ecc)



- procedure con stand-by on site delle chirurgie
- procedure in anestesia generale con monitoraggio avanzato

utilizza attualmente le proprie sale interventistiche al -2 Blocco Dea con la collaborazione on site di Cardioanestesisti e Cardiochirurghi.

Il **Blocco Interventistico (BIN)**, che a differenza degli altri due blocchi è una struttura funzionale e non prevede la presenza sistematica dell'Anestesista durante lo svolgimento dell'attività ordinaria, è costituito da:

- Sale di Endoscopia Digestiva;
- Sale di Cardiologia Interventistica (Elettrofisiologia e Emodinamica);
- Sale di Radiologia Interventistica;
- Sale di Neuroradiologia;
- Sala di Pneumologia interventistica

Le sale operatorie sono da intendersi come spazi funzionali a disposizione delle varie specialità chirurgiche e non sono vincolate alla singola specialità, ma costituiscono una risorsa Aziendale che viene assegnata secondo una logica clinico organizzativa condivisa con la Direzione Strategica.

TITOLO II – BLOCCO OPERATORIO AZIENDALE (BOA)

CAPO II – BLOCCO OPERATORIO AZIENDALE (BOA): ORGANISMI DI GESTIONE

Il Blocco Operatorio Aziendale garantisce la continuità del servizio delle sale operatorie ed interventistiche che lo costituiscono, attraverso l'attività degli operatori assegnati nei vari turni di servizio e di pronta disponibilità.

Su mandato della Direzione Generale dell'Azienda le **scelte strategiche** riguardanti l'organizzazione delle sale operatorie è affidata alla **Commissione Permanente per il Buon Uso delle Sale Operatorie**.

La Commissione Permanente per il Buon Uso delle Sale Operatorie si avvale per l'esercizio



delle sue competenze dell’**“Operating Room Management”** (ORM), funzione svolta da un gruppo operativo composto da:

1. *“Gestore Operativo del percorso chirurgico (GO)”*
2. *“Facilitatore clinico (FC)”*
3. *“Coordinatore di Comparto (CC)”*

i cui compiti sono dettagliati agli articoli 4, 5, 6 e 7.

ART. 2 – COMPOSIZIONE E FUNZIONI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE PER IL BUON USO DELLE SALE OPERATORIE

La Commissione è composta da:

- a) Direttore Sanitario di Azienda, presiede,
- b) Direttore Sanitario di Presidio, o suo delegato, con funzioni di coordinamento
- c) Direttore del Dipartimento Chirurgico
- d) Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza
- e) Direttore del Dipartimento Testa/Collo
- f) Direttore del Dipartimento per l’Innovazione
- g) Direttore del Dipartimento Cardiotoracovascolare
- h) Direttore del Dipartimento Medicina Diagnostica e Immagini
- i) un Direttore di S.C. Chirurgica dei Dipartimenti di Area Chirurgica non rappresentati a rotazione (area materno infantile, emergenza)
- j) un Direttore di S.C. Chirurgica del Dipartimento Cardiotoracovascolare a rotazione
- k) Direttore DPS
- l) GO
- m) Referente Funzione Qualità e Accreditamento.

Alle sedute della Commissione possono essere invitati, su richiesta della Commissione, *FC*, *CC* e rappresentanti delle diverse strutture/servizi dell’Azienda interessati agli argomenti in discussione.

Di seguito sono specificati i **mandati della Commissione**:

- costante aggiornamento e verifica del rispetto del Regolamento Aziendale per l’utilizzo



delle Sale Operatorie;

- verifica e programmazione dell'attività chirurgica con particolare riguardo a:
 - flessibile e ottimale utilizzo delle risorse umane, strumentali e degli spazi operatori;
 - correlazione dell'attività con le liste d'attesa;
 - correlazione dell'attività chirurgica con le altre risorse aziendali (es. posti letto, esecuzione esami strumentali, ecc.);
- implementazione della sicurezza dei pazienti, degli operatori e dei luoghi di lavoro;
- implementazione dei percorsi di ottimizzazione dei tempi di ricovero (es. programma ERAS) nell'ambito di una collaborazione interdipartimentale;
- programmazione e verifica della formazione del personale delle sale operatorie;

Per adempiere alle funzioni attribuitele, la Commissione si incontra di norma **ogni terzo mercoledì del mese dalle ore 08.00 alle ore 09.00** o quando ritenuto necessario per analizzare situazioni di particolare criticità.

ART. 3 - COMPOSIZIONE E FUNZIONE DELL'ORM: GESTORE OPERATIVO DEL PERCORSO CHIRURGICO, FACILITATORE CLINICO E COORDINATORE DI COMPARTO (GO-FC-CC)

Nell'organizzazione dell'attività delle sale operatorie il **team ORM** ha un ruolo strategico, poiché costituisce l'interfaccia tra i Direttori delle specialità chirurgiche e anestesiológicas presenti in Azienda e la Direzione Medica di Presidio (DMP). Il **team ORM** nei fatti svolge la funzione di coordinamento dell'insieme delle attività delle sale operatorie che costituiscono ciascun Blocco, garantendone una gestione organizzata ed integrata, nei giorni feriali dal lunedì al venerdì e condivide e pianifica, d'intesa con la DMP, le strategie organizzative dei sabati, domenica e festivi.

Per il BOA la funzione di **GO** è esercitata da un dirigente medico della Direzione Medica di Presidio (DMP).

Per il BOM la funzione di **FC** è esercitata da un medico della SC AR3 Anestesia e Terapia intensiva Post Chirurgica e quella di **CC** dal coordinatore infermieristico

Per le realtà extra DEA le funzioni di cui sopra verranno svolte dai rispettivi referenti dell'équipe anestesiológica e dai coordinatori infermieristici dei rispettivi blocchi in accordo e su delega del FC e CC del DEA cui spetta il compito di garantire l'efficienza di tutte le sale del



BOM.

Per il BOC la funzione di *FC* è esercitata da un medico della SC AR2 - Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica e quella di *CC* dal coordinatore infermieristico in accordo e su delega del *CC* del BOM.

Per il BIN, blocco funzionale appartenente a più specialità che in autonomia gestiscono gli spazi interventistici, la funzione di *FC* e di *CC* deve essere esercitata all'interno delle strutture di appartenenza per quanto riguarda le attività interventistiche autonome (Radiologia, Emodinamica, Elettrofisiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia, Pneumologia Interventistica, Algologia che quindi dovranno identificare un medico ed un coordinatore), ma con il supporto del Team ORM tutte le volte che si interfacciano con queste ultime. In caso di attività interventistiche programmate che coinvolgono a qualunque titolo BOC e BOM dovranno essere pianificate in accordo con *FC* e *CC* ed inserite nella programmazione mensile delle attività.

In caso di assenza programmata, il *FC* e il *CC* devono indicare ciascuno un proprio sostituto.

Durante le ore notturne, il sabato e nei giorni festivi, la funzione del *FC* viene svolta, per il BOM dal Medico Anestesista reperibile, per il BOC dal Medico Anestesista di Guardia attiva in Terapia Intensiva. A queste figure spetta il compito di coordinare l'équipe in pronta disponibilità in caso di emergenze/urgenze concomitanti e non differibili.

Le modalità di attivazione dell'emergenza/urgenza dovranno seguire le procedure illustrate nel Titolo VII e dovrà comunque essere attivata attraverso una chiamata telefonica del centralino della Fondazione al fine di garantire appropriata tracciabilità.

Sono funzioni specifiche attribuite al *Team FC-CC*:

- il rispetto dei principi contenuti nel Regolamento;
- l'organizzazione assistenziale e gestionale ottimale del Blocco Operatorio Aziendale che nello specifico includono:
 - l'attribuzione, ad ogni intervento, delle risorse di Comparto idonee a garantire lo standard di assistenza ottimale quantitativo e qualitativo;
 - l'ottimizzazione nell'impiego dei materiali e delle apparecchiature biomediche di utilizzo comune tra differenti discipline chirurgiche;
- la validazione della lista settimanale e giornaliera degli interventi chirurgici;



- la gestione tempestiva dei problemi contingenti;
- la correzione di criticità organizzative del percorso paziente, del personale sanitario e delle apparecchiature;
- il coordinamento e la supervisione delle attività finalizzate alla prevenzione e gestione dei rischi per i pazienti che accedono alle sale operatorie;

Il *Team FC-CC* dovrà mantenere una costante collaborazione con GO ed il controllo di gestione, cui spettano il compito di analizzare i dati rilevati, produrre i risultati delle analisi ed effettuare confronti statistici su specifici indicatori di performance, via via selezionati tra quelli elencati nei documenti regionali e preliminarmente condivisi in *Commissione Permanente per il Buon Uso delle Sale Operatorie*, in modo da pianificare, d'intesa con la Direzione Strategica, l'attività chirurgica della Fondazione.

Per svolgere adeguatamente le funzioni specifiche attribuite è essenziale che i medici di guardia/reperibili delle Chirurgie specialistiche di afferenza e i medici di guardia nelle Terapie Intensive, comunichino tempestivamente al *team FC-CC* le **informazioni sensibili per il buon funzionamento dei rispettivi Blocchi Operatori**. Si considerano “sensibili” le informazioni che riguardano:

- i cambiamenti del programma operatorio;
- la necessità di interventi in regime di urgenza;
- la disponibilità-indisponibilità di personale;
- la disponibilità-indisponibilità del materiale e delle apparecchiature;
- i problemi procedurali riscontrati presso le Strutture di afferenza;
- eventuali criticità in sala risveglio, ove presente;
- la disponibilità di posti letto nelle aree intensive su richiesta del FC-CC o di loro delegato.

ART. 4 – FUNZIONI E COMPITI SPECIFICI DEL GESTORE OPERATIVO DEL PERCORSO CHIRURGICO (GO)

Il Gestore Operativo del Percorso Chirurgico, garantisce la corretta programmazione delle attività e delle risorse per realizzare l'attività chirurgica:

- 1) Monitora e controlla la congruità degli spazi operatori assegnati alle singole SC



- 2) Definisce con la Commissione per il Buon Uso delle Sale Operatoria adeguati indicatori di processo e di monitoraggio nel rispetto del regolamento; collabora all'elaborazione degli indicatori e ne controlla l'andamento, procedendo a segnalare tempestivamente situazioni non conformi.
- 3) Valuta che i piani operatori effettivi garantiscano:
 - 1) adeguata saturazione delle sedute assegnate,
 - 2) minimizzazione degli sforamenti,
 - 3) produzione delle note operatorie tempestiva e conforme.

Ne comunica l'esito alla Commissione per il Buon Uso delle Sale Operatoria.

d. Condivide con il Team FC-CC le richieste dei Direttori SC per sedute operatorie ulteriori a quelle stabilite e riferisce il parere alla Commissione per il Buon Uso delle Sale Operatoria. Le richieste potranno essere fatte per garantire il rispetto dei tempi di attesa o a compensazione della sospensione di sedute per la gestione di casistica urgente.

ART. 5 – FUNZIONI E COMPITI SPECIFICI DEL FACILITATORE CLINICO (FC)

Il *FC* è una figura medica anestesiologicala nominata dal rispettivo Direttore di SC non coinvolta in prima persona nella conduzione delle procedure chirurgiche, cui spetta il compito strategico di coordinare lo svolgimento dell'attività clinica nel Blocco Operatorio di appartenenza, sia elettiva sia non elettiva. Infatti è il *FC* che concorda con i referenti chirurgici delle diverse specialità la priorità degli interventi di emergenza e urgenza ed il rispetto della lista operatoria pianificata su Ormaweb.

Solo in caso di necessità acuta non programmabile e allo scopo di non ridurre l'attività chirurgica pianificata (non sospendere le sedute operatorie già programmate), il *FC* può svolgere in prima persona l'attività clinica, qualora non fosse possibile farla eseguire da operatori non istituzionalmente coinvolti in attività organizzative. Di norma sovrintende alle attività cliniche ed organizzative del Blocco operatorio di pertinenza.

Nello svolgimento della sua attività organizzativa il *FC* è coadiuvato dal *CC* per gli aspetti di competenza e dal suo diretto Responsabile.

È obiettivo specifico del *FC* operare affinché siano portati a termine i programmi operatori concordati con i Direttori delle specialità chirurgiche di afferenza, così come inseriti nella



pianificazione di Ormaweb. Il momento della validazione da parte del *FC* del programma operatorio per il giorno seguente formalizza l'impegno del personale sanitario del Blocco Operatorio di appartenenza ad ultimare il programma, utilizzando ogni soluzione tattica percorribile.

Il **mandato quotidiano** del *FC* si declina nella pratica come di seguito specificato:

- Entro le ore 15:00 di ogni giorno feriale, il *FC* **provvede a validare attraverso la funzione di blocco** i programmi operatori che sono stati inseriti sul sistema informativo Ormaweb dalle strutture chirurgiche di afferenza. Egli potrà, se necessario, concordare con i Direttori delle strutture chirurgiche di afferenza modifiche o inversione dell'ordine dei pazienti in lista operatoria.
- Alle ore 08:00 del mattino il *FC* verifica il corretto avvio delle sale operatorie e decide dove è più utile esercitare il suo ruolo di affiancamento e supervisione clinica.
- Durante l'intera mattinata il *FC* si interessa all'andamento dell'attività operatoria e se necessario, agisce in tempo reale per risolvere eventuali criticità.

L'attività del *FC* termina con l'esaurimento del programma operatorio concordato per il giorno in essere e con la validazione del programma del giorno seguente.

In aggiunta, è mandato istituzionale del *FC*, in accordo con i Responsabili dei servizi di anestesia di riferimento:

- garantire l'efficienza dei processi assistenziali dello staff anestesilogico;
- valutare la capacità professionale dei singoli anestesisti in rapporto alla pianificazione chirurgica settimanale e giornaliera, allocando le risorse in base alle diverse tipologie di prestazione chirurgica pianificate;
- individuare i bisogni formativi e di addestramento dello staff, di cui coordina l'aggiornamento attraverso la stesura di protocolli, procedure, istruzioni operative.

Il *FC* deve essere rintracciabile per via telefonica al fine di fornire una risposta rapida, in qualunque caso sia necessario (n. breve 735505).



ART. 6 – FUNZIONI E COMPITI SPECIFICI DEL COORDINATORE DI COMPARTO (CC)

Il CC è una figura infermieristica non coinvolta in prima persona nella conduzione delle procedure chirurgiche, cui spetta il compito strategico di coordinare lo svolgimento dell'attività assistenziale nel Blocco Operatorio di appartenenza sia elettiva sia non elettiva.

Solo in caso di necessità acuta non programmabile e allo scopo di non ridurre l'attività pianificata (non sospendere sedute operatorie già programmate), il CC può svolgere in prima persona l'attività assistenziale.

Obiettivo del CC condiviso con FC è portare a termine i programmi operatori concordati con i Direttori/Responsabili delle specialità chirurgiche di afferenza, così come inseriti nella pianificazione Ormaweb. Il momento della validazione da parte del CC del programma operatorio per il giorno seguente formalizza l'impegno del personale di Comparto del Blocco Operatorio di appartenenza ad ultimare il programma, utilizzando ogni soluzione tattica percorribile.

Il mandato del CC si declina nella pratica come di seguito specificato.

- Entro le ore 15.00 di ogni giorno feriale, il CC deve validare i programmi operatori per il giorno seguente visualizzati sul sistema informativo Ormaweb. Il CC potrà richiedere e concordare con il FC modifiche o inversione dell'ordine di lista dei pazienti.
- Il CC è garante dei processi assistenziali del Comparto, di cui definisce il carico di lavoro. Valuta la capacità professionale dei singoli operatori in rapporto alla pianificazione chirurgica settimanale e giornaliera e alloca le risorse infermieristiche e di supporto in base alle diverse tipologie di prestazione chirurgica (complessità alta-media-bassa) pianificate.
- Il CC individua i bisogni formativi e di addestramento del personale, ne promuove e ne coordina l'aggiornamento attraverso la stesura di protocolli, procedure, istruzioni operative. Attraverso questi strumenti il CC favorisce il miglioramento del livello di complessità organizzativa sostenibile dal personale infermieristico assegnato alle sale operatorie e di conseguenza, l'efficienza dei processi assistenziali.

L'efficienza dei processi assistenziali ha un punto di forza nell' interscambiabilità dei ruoli tra



il personale del Comparto rispettandone le competenze. Il CC è garante dell'accettazione da parte del personale del Comparto di questa modalità organizzativa, che egli si impegna ad implementare nel Blocco Operatorio di appartenenza.

- Il CC deve essere rintracciabile per via telefonica al fine di fornire una risposta rapida in qualunque caso sia necessario (vedi istruzione operativa)

ART. 7 - RUOLO DEI DIRETTORI/RESPONSABILI DELLE STRUTTURE CHIRURGICHE E ANESTESIOLOGICHE

I Direttori/Responsabili delle Strutture chirurgiche e anestesio-logiche sono responsabili dell'organizzazione dell'attività operatoria, ciascuno per quanto attiene il proprio personale in servizio nel Blocco Operatorio di afferenza.

In quanto responsabili del buon funzionamento del Blocco Operatorio sul piano clinico ed organizzativo, i Direttori/Responsabili delle Strutture chirurgiche e anestesio-logiche devono considerarsi parte attiva nella definizione delle regole generali di funzionamento del Blocco Operatorio e sono per la Direzione Generale i garanti del rispetto di tali regole da parte del personale di loro competenza.

Essi sono tenuti a rispettare la pianificazione annuale dell'attività operatoria loro assegnata dalla Direzione Generale.

TITOLO III – PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA

CAPO III – PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE

ART. 8 – PIANIFICAZIONE ANNUALE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE

La pianificazione annuale dell'attività risponde all'esigenza di garantire continuità nell'attività operatoria. A tal fine:

- I Direttori delle strutture chirurgiche ed anestesio-logiche comunicano quanto prima a FC-



CC un calendario, al fine di comunicare con il maggiore anticipo possibile:

- l'indisponibilità delle Strutture chirurgiche ad utilizzare in attività di elezione le sale operatorie del Blocco Operatorio di afferenza (per ferie, aggiornamenti, convegni);
 - l'indisponibilità delle sale operatorie motivata da manutenzione dell'impiantistica.
- durante l'anno, ciascuna Struttura chirurgica dovrà comunicare al *FC* (che poi informerà la Commissione Permanente per il Buon Uso delle Sale Operatorie) l'eventualità che la sala operatoria di norma assegnata non venga utilizzata con un anticipo di almeno 7 giorni. In questo modo sarà possibile ripianificare l'attività chirurgica aziendale:
- assegnando le sale operatorie temporaneamente disponibili ad altre Strutture chirurgiche;
 - programmando la non utilizzazione della sala per consentire al personale la fruizione delle ferie o il recupero di ore eccedenti.

ART. 9 – PIANIFICAZIONE SETTIMANALE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE

La pianificazione settimanale dell'attività operatoria del BOM viene formalizzata da parte dei Direttori/Responsabili delle Strutture chirurgiche e interventistiche afferenti a ciascun Blocco Operatorio attraverso la compilazione della lista operatoria settimanale.

Questa consegna consiste nel fatto che il Direttore della Struttura chirurgica o un suo delegato posizioni gli interventi da eseguire ogni giorno della settimana, unitamente al relativo data set minimale richiesto per ogni intervento (al fine di un miglioramento organizzativo continuo) nell'apposito spazio previsto dal sistema informativo.

Costituisce il “**data set minimale per la pianificazione dell'attività chirurgica**” il seguente pacchetto di informazioni presenti nel modulo di lista operatoria in Ormaweb:

- procedura da eseguire e strumentazione particolare;
- tecnica con cui eseguire la procedura, se la stessa può essere effettuata con diverse modalità (campo “Chirurgia Mininvasiva”);
- posizione sul tavolo operatorio;



- necessità di strumentazioni/apparecchiature di utilizzo condiviso con altre Strutture chirurgiche;
- équipe chirurgica;
- durata stimata della procedura/intervento;
- esigenze particolari che potrebbero rendere necessario adottare dispositivi particolari (es. letto radiotrasparente);
- necessità di decorso post-operatorio in ambiente protetto (specificare RR-TIPO-RIA);
- colonizzazione pre-operatoria (MDRO-KPC)....;
- positività per il COVID-19;
- presenza di allergie a lattice, antibiotici, antidolorifici, anestetici.
- presenza del TSRM (da inserire nelle note della lista operatoria).

Chi redige la lista deve aver cura di verificare che, ogni giorno, la durata complessiva degli interventi pianificati sia pari alla durata assegnata dal sistema Ormaweb (slot). Per consentire questa operatività, finalizzata ad ottimizzare l'occupazione delle sale operatorie, viene stimata la durata, misurata sullo storico di ogni disciplina chirurgica, del tempo di occupazione della sala operatoria per ogni tipologia di procedura. Tale informazione viene aggiornata dalla DMP con cadenza semestrale.

La lista operatoria settimanale deve essere visualizzabile su Ormaweb da FC-CC entro le ore 15.00 del giovedì che precede la settimana cui si riferisce.

La lista viene discussa dal FC e dal CC con i rappresentanti medici delle discipline chirurgiche e interventistiche afferenti al BOA il giovedì alle ore 15.30 presso il Blocco Operatorio di riferimento.

Il venerdì la lista condivisa verrà considerata valida e resterà visualizzabile su Ormaweb.

Poiché la validazione della programmazione proposta dai chirurghi da parte del team FC-CC impegna tutte le componenti coinvolte a portare a termine il programma operatorio, è importante che il FC giunga alla riunione del giovedì con la consapevolezza delle problematiche cliniche dei pazienti proposti per l'intervento, in particolare per quanto attiene la necessità di pianificare il decorso post-operatorio in ambienti protetti (Recovery Room/TIPO/Rianimazione). A tal fine il FC si coordinerà con il responsabile della Terapia



Intensiva di riferimento, anticipando le possibili criticità a questo riguardo.

Questo compito del FC, critico per l'attività delle discipline chirurgiche in cui un numero elevato di pazienti necessita di cure intensive post-operatorie, viene assolto con la precisione maggiore possibile se tutti i pazienti elettivi vengono sottoposti alla valutazione pre-operatoria (comprensiva della visita anestesiologicala), nei 30 giorni precedenti la data presunta dell'intervento.

La convocazione dei pazienti chirurgici in lista d'attesa è gestita dalle segreterie delle varie SC/SSD. Il percorso prevede la **valutazione preoperatoria** chirurgica ed anestesiologicala. La valutazione anestesiologicala avviene preferibilmente al termine del percorso "prericovero" quando già disponibili i risultati degli esami di routine ed è quindi possibile fare la sintesi finale del percorso e formulare l'idoneità, condivisa con i chirurghi, e pianificare il percorso perioperatorio.

Al prericovero nella cartella informatica in allestimento vanno inseriti:

- 1) Scheda Ormaweb di messa in lista di attesa precedentemente compilata dal medico proponente dove siano presenti i seguenti campi obbligatori
 - a. Priorità
 - b. Diagnosi
 - c. Tipologia di intervento
 - d. Tempi d'intervento
 - e. Provenienza (ambulatori istituzionali, LP...)
 - f. Criticità di ordine chirurgico o generale da inserire nelle note della lista di attesa (esempio comorbidità)
- 2) Referto ambulatoriale del medico proponente con specificata l'indicazione chirurgica;
- 3) Note informative debitamente datate e firmate dal medico e dal paziente
- 4) Il consenso chirurgico debitamente compilato datato e firmato dal medico, alla visita della presa incarico perché dimostra un atto fiduciario tra proponente e paziente. Il paziente lo firmerà al prericovero dopo aver dichiarato di aver riletto e letto le note informative.
- 5) Al prericovero verranno firmati gli altri consensi: trattamento dati sensibili, consenso agli emoderivati, consenso anestesiologicalo.



ART. 10 – PIANIFICAZIONE GIORNALIERA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE

La pianificazione giornaliera viene formalizzata tramite la validazione della lista giornaliera. La pianificazione chirurgica deve essere compatibile con l'orario di utilizzo della sala operatoria di ciascuna disciplina. La durata assegnata ad ogni procedura potrà essere variata dal chirurgo proponente a seconda dei parametri critici, evidenziati da ogni singolo specialista, tenendo conto altresì della mediana della durata attribuita in base allo storico per la procedura.

Dal lunedì al venerdì le eventuali variazioni alla lista operatoria per il giorno successivo devono pervenire al FC entro le ore 12.00 del giorno precedente; quella per il lunedì deve pervenire entro le ore 12.00 del venerdì precedente.

Per i pazienti programmati in lista operatoria, senza valutazione anestesiologicala, dovrà essere tempestivamente chiesta consulenza anestesiologicala, la stessa verrà espletata entro le 24 ore dalla richiesta. In ogni caso i pazienti dovranno essere visitati entro le ore 15.00 del giorno feriale che precede l'intervento chirurgico (non è contemplata la chiamata per valutare pazienti elettivi in regime di reperibilità), ora in cui la lista va convalidata dal FC e dal CC.

La verifica e la successiva validazione della scheda di programmazione da parte del team FC-CC suggella l'impegno di tutte le componenti coinvolte a ultimare il programma, utilizzando ogni soluzione tattica percorribile.

Nel caso in cui, rispetto al concordato, venga nei fatti proposta una variazione nell'ordine degli interventi chirurgici, sarà compito del chirurgo spiegare al FC i motivi che hanno portato alla variazione di programma (es: mancata conferma della disponibilità di posto letto in area critica, positività al Covid-19).

La modifica della sequenza degli interventi può essere proposta anche da parte del team FC-CC che, analogamente, provvede a motivare al chirurgo le ragioni della variazione (es: imprevedibile competizione di apparecchiature necessarie alla attività di 2 diverse discipline, problematiche infettive, competizione di più discipline sulla necessità di TSRM ...).

Laddove, messi in atto tutti i provvedimenti anticipabili per non differire la chirurgia elettiva nei pazienti candidati ad essere curati in ambiente intensivo il posto in terapia intensiva non fosse



disponibile, il FC provvederà a sospendere il paziente dalla lista operatoria avendo però cura di riprogrammarlo il giorno seguente.

Qualora anche il giorno successivo l'intervento non fosse recuperabile per le medesime ragioni e i Direttori/Responsabili delle Strutture chirurgiche afferenti alla Terapia Intensiva di riferimento avessero ciascuno pazienti da fare accedere alla Terapia Intensiva, i criteri cui l'accesso è subordinato sono:

- 1) grado di instabilità o di malignità della patologia che motiva la chirurgia;
- 2) possibilità di mantenere l'attività chirurgica con una lista alternativa;
- 3) durata della degenza pre-operatoria in attesa di chirurgia > 3 giorni;
- 4) penalizzazione dell'attività nello storico, con assegnazione dell'intervento alla disciplina che è già stata in passato penalizzata per la ragione in oggetto; a tal fine il CC terrà un calendario delle situazioni in cui è stato necessario posporre la chirurgia ordinaria per le diverse discipline afferenti al Blocco.

Una volta deciso il da farsi, il FC comunicherà ai Direttori delle Strutture delle altre discipline chirurgiche afferenti alla Terapia Intensiva di riferimento come si svolgerà l'attività.

ART. 11 – PROGRAMMAZIONE DELLE SEDUTE INTERVENTISTICHE

La Radiologia Interventistica comprende due ambiti di attività: la Neuroradiologia e la Radiologia Interventistica. Entrambe queste attività utilizzano risorse anestesologiche del BOM con orario 8.00-20.00 per 5 gg settimana sotto forma di un turno NORA h. 12. La notte ed i festivi l'impegno è supportato in regime di pronta disponibilità. Trattandosi di un impegno di risorse in competizione con la disponibilità delle stesse per altri ambiti, al fine di ottimizzare il personale coinvolto, si sottolinea la necessità di programmare la maggior parte delle procedure possibili: la richiesta di assistenza NORA in Fondazione è in continuo aumento al punto da condizionarne la disponibilità.

La pianificazione settimanale dell'attività della Radiologia Interventistica che richiede supporto NORA deve essere formalizzata da parte dei Responsabili, attraverso la compilazione della lista operatoria nel software Ormaweb.



TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL’ATTIVITÀ CHIRURGICA

CAPO IV – ORGANIZZAZIONE DELL’ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE

ART. 12 – ASSEGNAZIONE DELLE SALE OPERATORIE DI ELEZIONE

L’assegnazione delle sale operatorie alle singole discipline, precedentemente definita dalla Direzione Strategica, deve tener conto dei seguenti elementi:

- disponibilità strutturale e impiantistica delle sale operatorie;
- disponibilità di personale;
- obiettivi aziendali;
- necessità di sedute delle varie discipline, il cui indicatore è il numero di pazienti nelle liste di attesa e del tempo di attesa previsto;
- *effettivo utilizzo delle sale operatorie, il cui indicatore è la percentuale di occupazione degli slot assegnati;*
- gestione ottimale del personale;
- utilizzo ottimale delle apparecchiature;
- disponibilità dello strumentario chirurgico sterile.

ART. 13 – INIZIO E TERMINE DELL’ATTIVITÀ CHIRURGICA DI ELEZIONE

Il personale di Comparto del BOM e del BOC entra in servizio per il turno del mattino entro le ore 7.30, al fine di garantire l’avvio della preparazione delle sale alle ore 07.30. Entro le ore 08.00 le sale operatorie devono essere operative (tavolo chirurgico pronto, materiali e farmaci di anestesia pronti e validati, ecc). Il personale del pomeriggio inizia il turno entro le ore 13.00. Il Blocco Multidisciplinare Pediatrico attualmente prevede un turno infermieristico del mattino a partire dalle ore 08.00 con conseguente spostamento in avanti dei tempi di fine seduta alle ore 15.00.

L’anestesista inizia la preparazione dei pazienti alle ore 08.00; almeno un componente dell’équipe chirurgica, per singolo tavolo operatorio, deve essere presente nel Blocco



Operatorio di riferimento entro le ore 08.15. L'attività chirurgica deve iniziare in tutte le sale entro le ore 8.30; fanno eccezione le sedute di Cardiochirurgia e Neurochirurgia nonché i casi di interventi ad elevata complessità chirurgica e anestesiologicala, che richiedono preparazioni articolate, per i quali è prevista una dilazione temporale in genere contenuta entro le ore 9.00. In caso di sfioramento, quest'ultimo va motivato sul sistema informatico in uso (Ormaweb). I tempi di fine programmazione delle sale operatorie (uscita del paziente dalla sala operatoria) sono:

- le ore 14.30 per le sedute del mattino;
- le ore 19.30 per le sedute pomeridiane.

Questi tempi rappresentano il limite entro il quale, il giorno precedente, è stata fatta la programmazione dettagliata. Eventuali prolungamenti e/o sfioramenti di attività sono gestiti secondo le modalità descritte, rispettivamente per il BOM e il BOC, nei capitoli dedicati (rispettivamente Titolo VI e VII).

ART. 14 – AVANZAMENTO DELL'ATTIVITÀ OPERATORIA DI ELEZIONE

Il chirurgo deve comunicare con adeguato anticipo – circa 20 minuti - il termine dell'intervento chirurgico in corso, al resto dell'équipe. Ciò al fine di assicurare la corretta continuazione del programma operatorio, garantendo la tempestività della sua presenza o quella di un collega per l'intervento successivo.

Il medico anestesista è responsabile della chiamata di ciascun paziente presso la propria sala operatoria.

Il personale di sala non può essere responsabilizzato per la chiamata dei pazienti in sala operatoria o per il mancato reperimento del chirurgo in caso di intervento programmato.

ART. 15 – POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE SUL TAVOLO OPERATORIO E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Il posizionamento e la preparazione del paziente sono svolti dall'intera équipe operatoria. È necessario che al posizionamento del paziente assista (e quindi sia presente in sala e collabori con il personale) un chirurgo.



ART. 16 – GESTIONE POST-OPERATORIA

Al termine dell'intervento chirurgico il paziente può essere inserito in uno dei seguenti percorsi:

- stazionamento temporaneo in Sala operatoria (area di risveglio);
- ricovero in Recovery Room;
- invio nella Struttura di degenza;
- invio nel reparto di Terapia Intensiva post-operatoria (TIPO);
- invio nel reparto di Rianimazione/Terapia Intensiva.

Questa decisione, ove non già pianificata, viene condivisa tra il medico anestesista e il chirurgo che ha effettuato l'intervento.

ART. 17 – GESTIONE DELL'ATTIVITÀ ROBOTICA

Il programma di attività robotica della Fondazione prevede l'impiego polispecialistico del Robot Chirurgico. Il migliore risultato in termini di utilizzo appropriato delle risorse, miglioramento delle competenze degli operatori e riduzione dei tempi di preparazione prevede l'installazione del dispositivo in una sala operatoria fissa (sala 8 più agevole per le maggiori dimensioni) e la rotazione dei professionisti coinvolti. Questo consente di limitare il movimento delle macchine riducendone il rischio legato al trasporto, migliorare i tempi di turn over tra le procedure, identificare spazi unici comuni per lo stoccaggio di tutti i materiali dedicati ed esclusivi. La chirurgia robotica verrà sottoposta a un monitoraggio accurato per valutarne l'attività ed i consumi. La necessaria ed equa rotazione delle singole specialità si riesce ad ottenere solo con l'assegnazione di slot in sequenza (mattino + pomeriggio) alle singole unità chirurgiche interessate.

CAPO V – SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

ART. 18 – GESTIONE DEI PAZIENTI

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



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

Numerosi studi eseguiti in altri Paesi del mondo occidentale evidenziano un'incidenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite nei ricoveri ordinari, con un tasso di mortalità compreso tra lo 0,4% e lo 0,8%; particolare assolutamente importante è che, in tali studi, circa la metà degli eventi avversi sono stati considerati prevenibili.

Nonostante la difficoltà nella metodologia di misurazione degli eventi avversi e la scarsa comparabilità dei dati tra realtà nazionali differenti per cultura specifica e per particolarità tecnico-organizzative, i risultati degli studi internazionali giustificano la crescente attenzione al problema, considerato una delle priorità della sanità pubblica nel mondo, attenzione suscitata anche nella realtà del S.S.N. italiano.

Nell'ottobre del 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il **Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria** che propone l'adozione delle raccomandazioni e della checklist elaborate dall'OMS nell'ambito del programma *Safe Surgery Saves Lives*.

Le **Raccomandazioni** contenute nel Manuale citato sono riferite ai 16 obiettivi specifici che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS *Guidelines for Safe Surgery* con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

La **Checklist** contenente 20 item è stata implementata quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. La checklist include 3 fasi (*Sign In, Time Out, Sign*



Out) e prevede alcuni controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare (√) dopo l'avvenuto controllo.

Premesso quanto sopra, in occasione della ridefinizione dell'organizzazione delle attività del Blocco Operatorio Aziendale, in particolare delle sedute operatorie, della logistica dei trasporti, nonché del lavoro della Dirigenza e del personale del Comparto, la Fondazione non può perdere l'opportunità di avviare una graduale ma puntuale rivisitazione multidisciplinare (tra professioni mediche, sanitarie, tecniche, Clinical Risk Management, ecc.) delle attività già in atto, concernenti una corretta gestione del Rischio Clinico (vedi link), oltre all'implementazione di nuove filiere di attività nella stessa materia, sempre nell'ottica della migliore salvaguardia possibile dei pazienti e degli stessi operatori; il tutto in totale adesione alle linee di indirizzo emanate sul tema specifico dal Ministero della Salute¹.

<http://intranet.sanmatteo.org/site/home/sistema-qualita/sicurezza-in-sala-operatoria/sicurezza-sala-operatoria---protocolli-interni.html>

Il FC e il CC dei Blocchi Operatori devono vigilare affinché tutti gli operatori coinvolti rispettino la normativa sulla sicurezza del paziente e degli operatori, in particolare le Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza, ivi compresa la corretta e completa compilazione delle Checklist per la sicurezza in sala operatoria.

Nell'ambito della sicurezza del paziente e della prevenzione delle infezioni in sala operatoria si raccomanda il contenimento del numero di accessi a persone non direttamente coinvolte nella procedura chirurgica.

ART. 19 – GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

Ai fini del mantenimento in sicurezza ed efficienza del parco tecnologico e per minimizzare i rischi possibili per i pazienti, si indicano di seguito alcune azioni importanti che devono essere messe in atto all'interno dei Blocchi Operatori:

- Ad inizio giornata, e comunque prima di iniziare ogni intervento chirurgico, il personale sanitario deve verificare il corretto funzionamento delle apparecchiature che saranno utilizzate; nel caso riscontri delle anomalie di funzionamento, avvisa il FC e il CC per

¹) Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Ottobre 2009



valutare se e come attivare la richiesta di manutenzione/intervento della SC Ingegneria Clinica Aziendale.

- Ad intervento chirurgico già iniziato, i tecnici biomedicali non possono svolgere manutenzioni sulle apparecchiature in uso se non in situazioni eccezionali; infatti in generale è preferibile evitare di intervenire su strumentazioni comprendenti parti applicate al paziente.
- Non sono consentiti collegamenti provvisori o “volanti” di apparecchiature, in aggiunta alle dotazioni già esistenti.
- Le apparecchiature dovranno essere utilizzate secondo le modalità e nei limiti previsti dal costruttore e contenuti nel manuale dell'utilizzatore.
- La presenza delle apparecchiature consegnate in Azienda per la visione in prova, deve essere preventivamente autorizzata secondo le attuali indicazioni aziendali (in vigore al momento della prova). Le apparecchiature in prova dovranno essere utilizzate nel rispetto delle procedure concordate con la SC Ingegneria Clinica Aziendale.

Il piano delle manutenzioni e delle verifiche allestito dalla SC Ingegneria Clinica Aziendale deve essere periodicamente condiviso e sottoposto ad analisi critica con le altre funzioni aziendali interessate.

TITOLO VI – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN EMERGENZA E URGENZA

CAPO VI – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN EMERGENZA E URGENZA NEL BLOCCO OPERATORIO MULTIDISCIPLINARE (BOM)

È stata individuata presso il Blocco DEA una sala chirurgica – la **Sala 4** – che prevalentemente è dedicata all'attività di **Emergenza/Urgenza (E/U)**, per tutte le specialità chirurgiche afferenti al DEA. La sala 4 è staffata di personale infermieristico presente H24 7/7. La risorsa anestesologica è attualmente gestita con un turno di guardia h 12 (08.30-20.30) durante i gg feriali e con un servizio di pronta disponibilità la notte, i prefestivi ed i festivi.



Nel caso in cui la Sala 4 fosse occupata con un intervento d'emergenza e vi fosse necessità di effettuare più interventi in emergenza concomitanti (codice rosso) e non compatibili con i tempi chirurgici in corso in sala 4 oppure nella sala operatoria della disciplina chirurgica cui compete il paziente, le procedure chirurgiche potranno essere effettuate:

- nelle ore diurne nella prima sala disponibile (Sala Jolly o altra Sala di attività elettiva prontamente liberabile);
- nelle ore notturne, nei sabati e nei festivi: nella Sala routinariamente assegnata alla chirurgia proponente, utilizzando le risorse mediche ed infermieristiche (n. 3 Infermieri e n. 1 OSS) in regime di pronta disponibilità.

Questa organizzazione fa rilevare come sia strategico, al fine di assicurare l'assistenza ottimale al paziente, che **la valutazione dello stato clinico di "Emergenza/Urgenza" da parte dei chirurghi che propongono l'intervento, sia attentamente ponderata.**

Per il Blocco Ortopedia e per il Blocco Multidisciplinare pediatrico non sono state individuate sale operatorie dedicate ma l'U/E viene attivata nella sala operatoria più prontamente liberabile.

ART. 20 – GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI E/U

L'accesso alla Sala 4 (o delle altre sale negli altri blocchi) viene regolato dal Facilitatore Clinico (FC) e dal Coordinatore Infermieristico (CC).

La **gestione dell'attività nella sala operatoria dell'urgenza** è a carico, nei giorni feriali, di una équipe formata dall'anestesista di guardia urgenze, dal FC e dal CC, in collaborazione con il chirurgo proponente l'urgenza e l'équipe infermieristica dedicata.

Nella giornata l'attività viene organizzata attraverso due momenti di briefing collocati alle ore 8:30 ed alle ore 19.30.

Il briefing ha lo scopo di:

- informare tutta l'équipe d'urgenza sulle eventuali richieste da Pronto Soccorso e/o dalle SC di degenza che necessitano di effettuare interventi chirurgici in regime di urgenza.
- stabilire la programmazione dell'occupazione delle sale operatorie d'urgenza dedicate, sulla base delle richieste pervenute valutandone le priorità.
- Informare il medico anestesista reperibile della notte su eventuali urgenze da terminare o programmare nella notte



Ai chirurghi spetta il compito di assegnare il codice di gravità ad ogni singolo intervento che intendono effettuare in E/U utilizzando il modulo dedicato presente nel sistema Informativo Ormaweb.

Questa modalità operativa viene utilizzata per le urgenze afferenti alle sale del Blocco DEA e dell'Oculistica mentre quelle della Pediatria e dell'Ortopedia sono gestite dai medici Anestesisti dello specifico settore con la medesima procedura.

Le Emergenze ed Urgenze vengono classificate in quattro categorie, ciascuna identificata da un codice colore:

- categoria 1/codice Rosso: (Emergenza): intervento immediato; pericolo di vita;**
- categoria 2/ codice Giallo: intervento urgente da effettuare entro 4 ore;**
- categoria 3/codice Verde: intervento urgente da effettuare entro 8 ore;**
- categoria 4/codice Bianco: intervento urgente da effettuare entro 24 ore.**

A parità di codice colore si procederà in base al criterio temporale di richiesta, considerando data e ora indicate sul modulo informatizzato.

Per gli interventi in codice ROSSO il modulo potrà essere compilato in un secondo momento. Gli interventi di E/U vanno preannunciati telefonicamente dal Chirurgo proponente al team FC-CC o in sua assenza al medico di guardia assegnato alla sala urgenze (sala 4 interno 2535). La notte, il sabato e i festivi viene allertata l'équipe infermieristica in guardia attiva, utilizzando il numero telefonico dedicato. Una volta verificata la disponibilità della sala urgenze il chirurgo proponente deve chiamare il Medico Anestesista reperibile attraverso il centralino della Fondazione per il necessario tracciamento. La lista dei medici anestesisti reperibili è consultabile su HOSPcomm. L'elenco dei numeri telefonici verrà distribuito alle strutture interessate.

Il Chirurgo richiedente è responsabile dell'invio delle richieste di intervento, cioè della compilazione dello specifico *form* di OrmaWeb, indicando la priorità (codice colore) ed il data set minimale richiesto.

Questa operatività va messa in atto anche nel caso in cui il paziente da sottoporre ad intervento sia degente in una Terapia Intensiva. In caso di Emergenza la richiesta può essere inoltrata a paziente già in sala operatoria.

Una volta attribuito il codice colore dal Chirurgo, il FC e il CC (o i loro sostituti), con il Chirurgo proponente, condideranno la tempistica di esecuzione dell'intervento.



Condivisa la tempistica di esecuzione dell'intervento, l'équipe coinvolta inserisce l'intervento nel sistema informativo OrmaWeb.

In caso di **urgenze concomitanti** (sempre per il codice ROSSO, da valutare entro 4 ore per il GIALLO) il FC o in sua assenza l'Anestesista di Guardia/reperibile avrà il compito di programmare la sequenza degli interventi secondo le categorie di priorità (codici colore) e di concordare con i chirurghi le eventuali sovrapposizioni, assumendosi la corresponsabilità delle scelte operate.

In caso di due sale dedicate all'urgenza disponibili vuote (sala 4 e sala Jolly) e in assenza di richieste urgenti, si potrà utilizzare una delle due sale per smaltire o recuperare interventi elettivi rinviati dalle liste operatorie, ma solo se di durata inferiore alle due ore di occupazione prevista della sala operatoria

La formalizzazione della richiesta di accesso alla sala operatoria comporta l'impegno da parte del chirurgo a rendersi disponibile ad operare in qualunque momento la sala si renda libera.

ART. 21 – INSERIMENTO DI INTERVENTO IN E/U NELLA SEDUTA ORDINARIA

Nel caso in cui la Sala 4 e la Sala Jolly fossero già occupate e insorgesse la necessità di inserire un intervento in E/U durante una seduta ordinaria non avendo a disposizione altre risorse, il FC - in accordo con i referenti delle unità chirurgiche coinvolte - provvederà alla sospensione dell'attività ordinaria e alla riorganizzazione delle liste operatorie del giorno.

Di regola:

- l'intervento in emergenza (CODICE **Rosso**) sarà eseguito nella Sala 4 o, se questa fosse già occupata da un'altra emergenza, nella prima sala operatoria idonea disponibile (comprensiva della Sala Jolly); nel caso di più opzioni percorribili, se una sala operatoria disponibile fosse quella della disciplina chirurgica cui compete il paziente è opportuno non interrompere le sedute di altre specialità chirurgiche;
- l'intervento in urgenza (CODICI **GIALLO, VERDE, BIANCO**) sarà eseguito nella prima sala operatoria disponibile (comprensiva di Sala Jolly);
- in caso di concomitanza di più interventi d'urgenza la sequenza di esecuzione sarà concordata collegialmente dai Chirurghi richiedenti e dal FC.

Inoltre:

- in caso di rinvio del paziente elettivo ad altra seduta operatoria, l'intervento corrispondente dovrà essere programmato nelle sedute del mattino.



CAPO VII – GESTIONE DEGLI IMPREVISTI

ART. 22 – PROLUNGAMENTO DELLA SEDUTA ORDINARIA OLTRE L'ORARIO PROGRAMMATO

L'attuale organizzazione del BOM prevede che l'attività ordinaria abbia termine alle ore 14.30 per le sedute del mattino e alle ore 19.30 per quelle pomeridiane.

Per un'ottimale pianificazione dell'attività operatoria assumono particolare importanza gli intervalli di orario compresi tra le ore 11.00-13.00 e 16.00-18.00, periodi nel quale la programmazione giornaliera può essere confermata o può dover essere modificata per evitare sovrautilizzo o sottoutilizzo delle sale operatorie. Compito del FC e del CC è seguire il corretto svolgimento delle liste operatorie, controllare i motivi di ritardo non previsti, verificare eventuali difformità dalla programmazione e valutare i tempi di fine intervento per ciascuna sala operatoria.

Nel caso in cui la durata prevista per l'intervento successivo superi ampiamente i limiti stabiliti (compresi i tempi necessari per terminare l'intervento in corso, per il ripristino della sala, per la preparazione del paziente successivo e per l'esecuzione dell'intervento programmato successivo a quello in corso) il FC ed il CC cercheranno eventuali possibili correttivi, agendo secondo la seguente priorità:

- riassegnazione del personale presente nel BOM, in relazione alla complessità dell'intervento in corso e all'intensità di assistenza richiesta per il tipo di paziente;
- riprogrammazione dell'intervento nelle Sale Jolly. Queste sono sedute dedicate alle attività non programmate, pianificate di norma dalle ore 8.00 alle ore 19.30 nei giorni da lunedì a venerdì e non festivi.
 - Il personale di Comparto assegnato alla Sala Jolly è costituito da personale in servizio.
 - L'Anestesista assegnato alla Sala Jolly è in servizio con un turno dedicato.

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



Ogni due mesi verrà effettuata dalla *Commissione per il Buon Uso delle Sale Operatorie* l'analisi collegiale dei dati di occupazione delle sale operatorie, per evidenziare le eventuali criticità da correggere (con specifico riferimento ai casi di sovra/sottoutilizzo delle strutture) e consentire l'impiego ottimale delle risorse disponibili.

ART. 23 – PRELIEVI D'ORGANO

Saranno eseguiti in Sala Jolly (attualmente in sala 1 fino ad istituzione di sala jolly) per non interferire con l'attività di routine del mattino e del pomeriggio.

Casi particolari:

Nel caso in cui l'intervento di prelievo d'organo, iniziato nella notte in Sala Jolly, si protragga nella fascia oraria 8 – 14, l'attività chirurgica programmata non subirà alcuna variazione, ma al sopraggiungere di un secondo intervento in emergenza urgenza si farà riferimento alle regole sopra esposte.

Nel caso in cui l'intervento di prelievo d'organo, iniziato nella notte in Sala Urgenze, si protragga nella fascia oraria 8 – 14, l'attività di emergenza verrà espletata nella sala chirurgica di riferimento per la chirurgia proponente.

Gli interventi delle sale utilizzate per l'E/U saranno riposizionati, in base a quanto descritto nell'Art. 22.

ART. 24 – ASSENZA NON PROGRAMMATA DI UNA FIGURA CHIAVE NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ ROUTINARIA

È prioritario evitare che la seduta ordinaria venga sospesa. A tal fine, a seconda della figura mancante in organico, l'operatività deve essere modificata come indicato.

- **Nel caso di assenza dell'Anestesista** la seduta di routine viene effettuata dal FC. Se il problema organizzativo si prolunga oltre la singola giornata è necessario che il Responsabile del UO di Anestesia riveda la turnistica per i giorni successivi.
- **Nel caso di assenze tra il personale infermieristico** il personale presente nel BOM viene riassegnato dal CC, in accordo con la DPS ed il FC, compatibilmente con la disponibilità di personale, la complessità dell'intervento in corso e le competenze richieste per la tipologia chirurgica.

TITOLO VII – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN EMERGENZA E URGENZA NEL BLOCCO OPERATORIO CARDIOTORACICO

A differenza di quanto descritto per il BOM, nel BOC non è possibile individuare una sala chirurgica da dedicare all'attività di Emergenza/Urgenza (E/U).

Negli slot del mattino non è *quasi mai* disponibile una sala operatoria dedicata all'emergenza; è disponibile una sala di back-up all'interno del BOM con attrezzature disponibili per effettuare interventi CCH solo durante procedure interventistiche di Cardiologia Strutturale. Tuttavia se l'intervento non è in emergenza, la procedura chirurgica potrà essere effettuata nella prima sala disponibile del BOC. Nell'attesa che la sala diventi disponibile, se il paziente è clinicamente critico, verrà ricoverato in Terapia Intensiva Cardiotoracica (Ria 2). Qualora il differimento della chirurgia non fosse percorribile, l'intervento di emergenza potrà essere eseguito in BOM (qualora fosse disponibile una sala operatoria). Questa organizzazione fa rilevare come sia strategico, al fine di assicurare l'assistenza ottimale al paziente, che la valutazione dello stato clinico di "Emergenza", da parte dei chirurghi che propongono l'intervento sia attentamente ponderata.

CAPO IX – GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI E/U

- L'espletamento delle procedure chirurgiche in emergenza nel caso del BOC, a differenza di quanto descritto per il BOM, non è eseguito in una specifica sala operatoria; l'attività chirurgica in E/U viene regolata dal FC e dal CC.
- Ai chirurghi spetta il compito di assegnare il codice di gravità ad ogni singolo intervento che intendono effettuare in E/U.
- **Le emergenze ed urgenze vengono classificate in quattro categorie, ciascuna identificata da un codice colore:**
 - categoria 1/codice ROSSO (emergenza): intervento immediato; pericolo di vita;**
 - categoria 2/codice GIALLO : intervento urgente da effettuare entro 4 ore;**
 - categoria 3/codice VERDE: intervento urgente da effettuare entro 8 ore;**
 - categoria 4/codice BIANCO: intervento urgente da effettuare entro 24 ore.**



L'Anestesista che si occupa dell'E/U è il FC se presente; in caso di assenza il riferimento è costituito dal medico di guardia della Terapia Intensiva Cardiotoracica (MDG_TIC) che provvederà ad allertare l'équipe medica ed infermieristica in pronta disponibilità.

Gli interventi di E/U devono essere preannunciati telefonicamente dal Chirurgo proponente al FC utilizzando il numero telefonico dedicato. In caso di assenza del FC viene allertato il MDG_TIC telefonando ai numeri interni dedicati.

- Il Chirurgo richiedente è responsabile dell'invio delle richieste di intervento, cioè della compilazione dello specifico *modulo in OrmaWeb*, indicando la priorità (codice colore).

Questa operatività va messa in atto anche nel caso in cui il paziente da sottoporre ad intervento sia degente in una Terapia Intensiva. In caso di Emergenza la richiesta può essere inoltrata a paziente già in sala operatoria.

- Attribuito il codice colore dal chirurgo proponente, il FC e il CC (o i loro sostituti) unitamente al chirurgo proponente condivideranno la tempistica di esecuzione dell'intervento da effettuare e la sala ove effettuare l'intervento.
- Condivisa la tempistica di esecuzione dell'intervento il FC o il MDG_TIC (qualora il FC non sia presente) provvederà ad inserire l'intervento nella programmazione delle procedure chirurgiche, cioè all'inserimento in OrmaWeb.
- In caso di **urgenze concomitanti**, il FC o il MDG_TIC (qualora il FC non sia presente) avrà il compito di programmare la sequenza degli interventi secondo le categorie di priorità (codici colore) e di concordare con i chirurghi le eventuali sovrapposizioni, assumendosi la corresponsabilità delle scelte operate.
- Dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8.00 - 20.00, con attività elettiva programmata (3 sale contemporanee al mattino e una sala al pomeriggio) in corso, in BOC può essere gestita una emergenza solo se compatibile con l'attività chirurgica in corso e se si rende disponibile a breve una sala sospendendo l'attività elettiva. Nelle altre situazioni è necessario ricorrere alla sala di back-up del BOM, se disponibile o in altre sale libere.

Nelle ore notturne dei giorni feriali (20.00 -8.00), nei fine settimana h_24, nei giorni festivi infrasettimanali h_24, due emergenze contemporanee non possono essere gestite dal BOC.

Nello specifico:

- Quando le due emergenze sono entrambe di pertinenza cardiocirurgia non esiste alternativa percorribile se non quella di ricoverare il paziente della seconda emergenza in



TIC e di supportarne le funzioni d'organo, fino a quando l'equipe impegnata sulla prima emergenza torna disponibile.

ART. 25 – INSERIMENTO DI INTERVENTO IN E/U NELLA SEDUTA ORDINARIA

Nel caso in cui fosse necessario affrontare un intervento di E/U durante una seduta ordinaria e non vi fossero sale libere nel BOC, il FC - in accordo con i referenti delle unità chirurgiche coinvolte - provvederà alla sospensione dell'attività ordinaria e alla riorganizzazione delle liste operatorie del giorno. Di regola:

- l'intervento in emergenza (**CODICE Rosso**) sarà eseguito nella prima sala operatoria idonea disponibile; nel caso di più opzioni percorribili, se una delle sale operatorie disponibili fosse quella della disciplina chirurgica cui compete il paziente è opportuno non interrompere le sedute di altre specialità chirurgiche.
- l'intervento in urgenza (**CODICI GIALLO, VERDE, BIANCO**) sarà eseguito nella prima sala operatoria disponibile della relativa disciplina;
- in caso di concomitanza di più interventi d'urgenza la sequenza di esecuzione sarà concordata collegialmente dai chirurghi richiedenti e dal FC.

Inoltre:

- in caso di rinvio del paziente elettivo ad altra seduta operatoria, l'intervento dovrà essere programmato nella seduta pomeridiana;
- nel caso l'E/U venga espletata in una sala operatoria attribuita da programmazione ad una Struttura chirurgica diversa da quella che deve svolgere la procedura in E/U, alla Struttura che ha sospeso la sua attività verrà attribuito un credito orario per consentire il recupero dell'attività non espletata.

CAPO X – GESTIONE DEGLI IMPREVISTI

ART. 26 – PROLUNGAMENTO DELLA SEDUTA ORDINARIA OLTRE LE ORE 14.00

La presente organizzazione del BOC prevede che l'attività ordinaria abbia termine alle ore 14.30 per le sedute del mattino e alle ore 19.30 per quelle pomeridiane.



- Per un'ottimale pianificazione dell'attività operatoria assume particolare importanza l'intervallo di orario compreso tra le 12.00 e le 14.00, periodo nel quale la programmazione giornaliera può essere confermata o può dover essere modificata per evitare sovrautilizzo o sottoutilizzo delle sale operatorie. Compito del FC e del CC è seguire il corretto svolgimento delle liste operatorie, controllare i motivi di ritardo non previsti, verificare eventuali difformità dalla programmazione e valutare i tempi di fine intervento per ciascuna sala operatoria.
- Nel caso in cui la durata prevista per l'intervento successivo superi ampiamente i limiti stabiliti (compresi i tempi necessari per terminare l'intervento in corso, per il ripristino della sala, per la preparazione del paziente successivo e per l'esecuzione dell'intervento programmato successivo a quello in corso) il FC e il CC cercheranno eventuali possibili correttivi agendo secondo la seguente priorità:
 - riassegnazione del personale presente nel BOC in relazione alla complessità dell'intervento in corso e all'intensità di assistenza richiesta per il tipo di paziente;
 - riprogrammazione dell'intervento nella seduta pomeridiana dedicata alle attività non programmate o programmate ma non espletate (Sala Jolly/Urgenza) previste ogni giorno dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 19.00. Il personale di comparto assegnato alla Sala Jolly/Urgenza è costituito da personale in servizio il pomeriggio, nel turno 12.50 – 20.12. L'Anestesista responsabile della Sala Jolly/Urgenza è in turno dalle 13,30 alle 20.00; contrariamente a quanto avviene nel BOM, il medico anestesista assegnato a questo turno non è esclusivamente dedicato all'attività di Sala Jolly/Urgenza ma collabora anche allo svolgimento di attività fuori sala quali il completamento delle liste operatorie, l'espletamento di consulenze, il supporto all'attività del MDG_TIC, la gestione di eventuali urgenze/emergenze nelle SC afferenti al BOC.
- Solo dopo aver valutato tutte le opzioni per terminare l'attività operatoria programmata e non averle considerate percorribili, il FC e il CC potranno cancellare l'intervento programmato adoperandosi per una tempestiva riprogrammazione.
- Ad intervalli regolari verrà effettuata dalla *Commissione Permanente per il Buon Uso delle Sale Operatorie* l'analisi collegiale dei dati di occupazione delle sale operatorie per evidenziare le eventuali criticità da correggere (con specifico riferimento ai casi di sovra/sottoutilizzo delle strutture) e consentire l'impiego ottimale delle risorse disponibili.



ART. 27 – ASSENZA NON PROGRAMMATA DI UNA FIGURA CHIAVE NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ ROUTINARIA

È prioritario evitare che la seduta ordinaria venga sospesa. A tal fine, a seconda della figura mancante in organico, l'operatività deve essere modificata come indicato.

- **Nel caso di assenza dell'anestesista** la seduta di routine viene effettuata dal FC. Se il problema organizzativo si prolunga oltre la singola giornata è necessario che il Direttore della SC AR2 - Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica riveda la turnistica per i giorni successivi.
- **Nel caso di assenze tra il personale infermieristico** il personale presente nel BOC viene riassegnato dal CC, in accordo con il DPS ed il FC, compatibilmente con la complessità dell'intervento in corso e l'intensità assistenziale richiesta per la tipologia chirurgica.

TITOLO VIII – DISPOSIZIONI FINALI

ART. 28 – MODIFICA DEL REGOLAMENTO

La Direzione Generale si riserva di procedere all'aggiornamento e alla revisione del presente Regolamento, qualora se ne ravvisi la necessità. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si rinvia alla normativa vigente in materia.

ART. 29 – ENTRATA IN VIGORE

Il presente regolamento entra in vigore dal 21 novembre 2022