

**REGOLAMENTO DEL PERCORSO DI GESTIONE
DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO E
ORGANIZZAZIONE DEI BLOCCHI OPERATORI
NEGLI STABILIMENTI DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
DELL' AST ANCONA**

Stesura a cura del Gruppo Strategico Aziendale
Ex DGRM 1089/2022 di cui alla Det. DG AST AN n. 559/2024

Sommar

OBIETTIVI	4
CAMPO DI APPLICAZIONE	4
RAZIONALE	4
<i>Differenza tra “lista di presa in carico” e “lista d’attesa”</i>	5
<i>Modalità di indicazione all’intervento chirurgico</i>	6
RESPONSABILITÀ	10
<i>Gruppo Strategico Aziendale</i>	10
<i>Gruppo di programmazione</i>	10
<i>Gruppo operativo</i>	10
<i>Direttori Strutture Complesse e Semplici</i>	11
<i>Direttori dei Dipartimenti</i>	11
<i>Coordinatori del Blocco Operatorio</i>	11
<i>Direzione Medica Ospedaliera</i>	11
<i>Dirigente Medico Chirurgo specialista</i>	11
<i>Direttore e Dirigente medico anestesista – rianimatore</i>	12
MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE STANDARD DELLE SALE OPERATORIE	12
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	13
<i>Descrizione degli orari di inizio e di fine attività del Blocco Operatorio Si identificano le seguenti tipologie di seduta operatoria:</i>	13
<i>Seduta mattutina Jesi-Fabriano</i>	13
<i>Seduta pomeridiana Jesi-Fabriano</i>	14
<i>Seduta mattutina Senigallia</i>	14
<i>Seduta pomeridiana Senigallia</i>	14
Mappa 1: Blocco Operatorio – Ospedale “Carlo Urbani” di Jesi (I° livello – corpo centrale).	15
Mappa 2: Blocco Operatorio – Ospedale “Engles Profili” di Fabriano.	15
Mappa 3: Blocco Operatorio – Ospedale “Principe di Piemonte” di Senigallia	16
<i>Percorso chirurgico all’interno del blocco operatorio:</i>	17
<i>Tempi di “Cambio Paziente”</i>	18
GESTIONE DELLA NOTA OPERATORIA	19
<i>Criteri di costruzione della Nota operatoria settimanale</i>	19
<i>Modalità di gestione della Nota operatoria settimanale</i>	20
<i>Nota operatoria giornaliera</i>	21

<i>Modalità di gestione della Nota operatoria giornaliera</i>	<i>21</i>
MODALITÀ DI GESTIONE DEGLI EVENTI IMPREVISTI.....	21
<i>Prolungamento della seduta</i>	<i>21</i>
<i>Inserimento di un paziente in emergenza/urgenza</i>	<i>22</i>
<i>Pianificazione delle urgenze</i>	<i>22</i>
<i>Rischio clinico</i>	<i>23</i>
MANUTENZIONE DELLA LISTA DI ATTESA	23
<i>1. Pulizia della lista</i>	<i>23</i>
<i>2. Sospensione</i>	<i>23</i>
<i>3. Cancellazione.....</i>	<i>24</i>
MONITORAGGIO	25
ACCESSO AL BLOCCO OPERATORIO	25
<i>Autorizzazione per l'accesso di accompagnatori di pazienti nell'area antistante il B.O.</i>	<i>27</i>
RIFERIMENTI NORMATIVI	28
Composizione Gruppo Strategico Det. DG AST AN 559/2024, ex DGRM 1089/2022.....	29
<i>Allegato 1 Modulo si richiesta di sala operatoria per intervento in emergenza/urgenza</i>	<i>30</i>

OBIETTIVI

Il presente Regolamento è stato redatto alla luce del documento “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” recepito dalla Regione Marche con DGR n. 1089 del 5 settembre 2022. Il Regolamento ha lo scopo di identificare le regole generali di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio presso i Presidi ospedalieri dell’AST Ancona, al fine di garantire una gestione ottimale delle attività e delle possibili evenienze che possono occorrere all’interno di un *setting* operativo di tale complessità ed è redatto alla luce dei principi del manuale per la sicurezza della sala operatoria.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Regolamento si applica all’attività di Chirurgia Generale e Specialistica effettuata in regime di elezione (Ordinario/Day Surgery/Ambulatoriale) e di emergenza-urgenza presso i Blocchi Operatori degli Ospedali “*Principe di Piemonte*” di Senigallia, “*Carlo Urbani*” di Jesi e “*Engles Profili*” di Fabriano.

RAZIONALE

La chirurgia è certamente una delle attività più complesse dal punto di vista tecnico ed organizzativo in ambito ospedaliero; costituisce elemento caratterizzante e di alto valore di una struttura sanitaria, rappresentando uno dei centri di costo e di produzione più rilevanti ed è l’attività potenzialmente a maggior rischio per quanto riguarda la sicurezza per il paziente.

L’importante crescita della domanda di prestazioni, ambulatoriali e chirurgiche, è legata, da un lato al forte invecchiamento demografico generale e dall’altro ai postumi della pandemia da SARS-COV-2.

È questo scenario che rende necessaria una gestione efficiente dell’intero percorso chirurgico al fine di contribuire alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alla sicurezza del paziente e degli operatori sanitari, ponendo attenzione all’equità di accesso alle cure per tutti i cittadini.

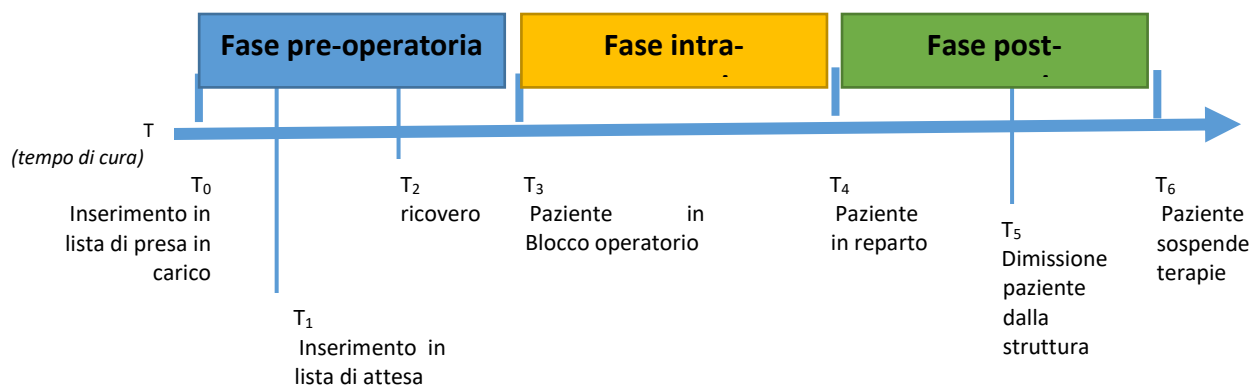
Il percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato rappresenta uno strumento che delinea, rispetto a una o più patologie o problema clinico, il miglior percorso praticabile all’interno di un’organizzazione e tra organizzazioni per la presa in carico del paziente.

Il percorso del paziente chirurgico è scandito da:

- tempo d’attesa per il ricovero (lista di attesa)
- tempo per espletare le attività di preparazione all’intervento (pre-ricovero)
- tempo del periodo peri-operatorio (dall’inserimento in lista di attesa alla risoluzione del problema chirurgico acuto)

Nella figura seguente viene illustrato il percorso peri-operatorio

Fig. 1 Percorso peri-operatorio



Differenza tra “lista di presa in carico” e “lista d’attesa”

La Lista di **Presa in Carico (LdP)** riguarda i pazienti che hanno eseguito una visita specialistica il cui esito ha fornito indicazione chirurgica, ma il paziente non è nelle immediate condizioni di operabilità. La data di inserimento in Lista di Presa in Carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della struttura che ne seguirà l’intero iter clinico-assistenziale fino all’erogazione dell’intervento o, quantomeno, al completamento dell’iter diagnostico. Il momento della Presa in Carico pertanto non sempre coincide con il momento di inserimento in Lista di Attesa, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e, quindi, non ancora puntualmente definiti l’indicazione all’intervento chirurgico e/o il livello di gravità clinica del paziente; oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell’intervento o della procedura interventistica.

La data di inserimento in **Lista di Attesa (LdA)** corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta definizione dell’indicazione al trattamento chirurgico. Per una corretta definizione della data di inserimento in lista di attesa è necessario raccogliere dal paziente una sua piena e consapevole disponibilità e volontà ad essere sottoposto all’intervento chirurgico che gli viene indicato dal clinico di riferimento. Soltanto al termine dell’iter diagnostico/terapeutico e nel momento in cui è certa l’indicazione all’intervento/procedura, il paziente potrà essere inserito in LdA, con l’assegnazione della classe di priorità più appropriata (A, B, C, D, vedi Tabella 1).

Si presentano quindi 2 possibilità:

1. Paziente candidato all’intervento chirurgico procedura cioè con diagnosi e indicazione chirurgica “certa” al momento della visita. In questo caso il paziente viene inserito

direttamente in lista di attesa, e pertanto la data di “presa in carico” e “la data di inserimento in lista” coincidono e corrispondono alla data in cui è stata effettuata la visita specialistica.

2. Paziente che necessita di ulteriori visite specialistiche o accertamenti diagnostici al fine di giungere ad una puntuale indicazione chirurgica o di trattamenti adiuvanti. In questo caso il paziente viene “preso in carico” ma non inserito in lista di attesa per il periodo necessario a definirne l’idoneità all’intervento/procedura. Solo al raggiungimento di una diagnosi e indicazione chirurgica “certa” il paziente sarà inserito in lista di attesa. Questo evento identifica la cosiddetta “data di inserimento in lista”.

Modalità di indicazione all’intervento chirurgico

Esiste un’altra fase che precede quella pre-operatoria e che rappresenta il *primum movens* per l’avvio del paziente al percorso chirurgico: questa fase preliminare riguarda le modalità di indicazione all’intervento chirurgico. È necessario distinguere il percorso in base a “come” il paziente riceve tale indicazione. Si prospettano così tre possibilità.

Scenario A

Percorso in regime istituzionale: il paziente si reca al proprio medico di medicina generale (MMG) che, se lo ritiene appropriato, prescrive al paziente una visita chirurgica specialistica. Il paziente prenota a CUP la visita e la effettua in regime istituzionale e, se non esente, paga il relativo ticket. Lo specialista effettua la visita e, per quanto esposto sopra, lo inserisce o in lista di presa in carico o in lista d’attesa. È bene che lo specialista compili una nota in cui comunica al paziente l’esito della visita appena effettuata. In caso di prestazione da eseguire in regime ambulatoriale lo specialista emette la necessaria impegnativa.

Scenario B

Percorso in regime di Libera Professione in Intramoenia: il paziente, di sua iniziativa, prenota a CUP la visita (senza necessità di impegnativa) e la effettua in regime libero-professionale intramoenia e paga la tariffa aziendale prevista (di cui una quota va al professionista e alla sua équipe e una quota va all’Azienda Sanitaria). Se lo specialista ravvede la necessità di un intervento chirurgico, lo inserisce o in lista di presa in carico o in lista d’attesa. In caso di prestazione da eseguire in regime

ambulatoriale, il medico rilascia al paziente una certificazione su carta libera che il paziente stesso consegna al proprio MMG che emetterà impegnativa.

Scenario C

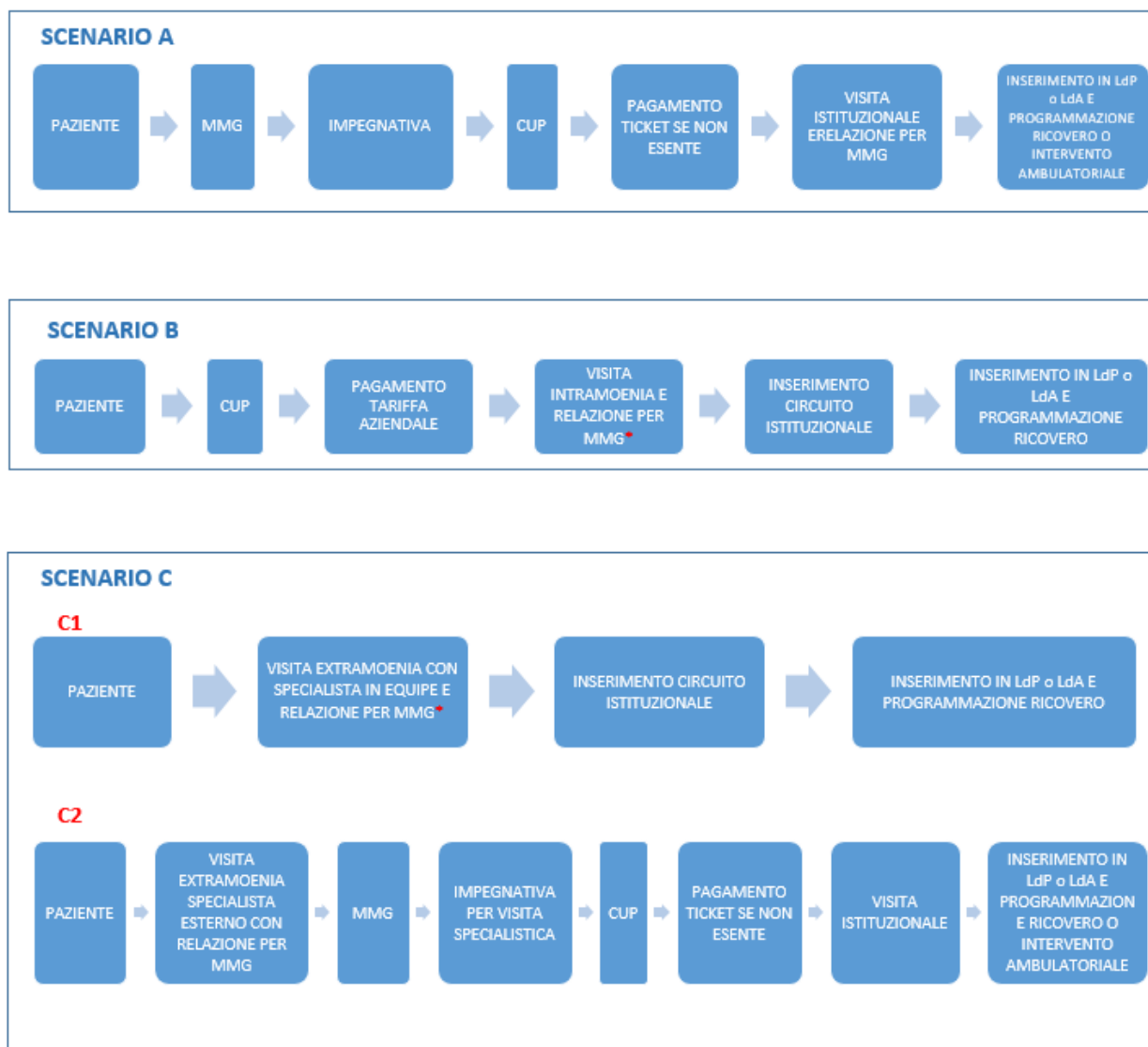
Percorso in regime di Libera Professione Extramoenia: in questo caso vanno considerate 2 diverse condizioni:

C1) Lo specialista in regime di libera-professione extramoenia è un componente dell'Equipe Chirurgica dell'Azienda Sanitaria presso la quale il paziente eseguirà l'intervento: il paziente si reca dallo specialista (senza prescrizione del suo MMG) a sue spese. Se lo specialista ravvede la necessità di un intervento chirurgico, lo inserisce o in lista di presa in carico o in lista d'attesa. In caso di prestazione da eseguire in regime ambulatoriale e il medico rilascia al paziente una certificazione su carta libera che il paziente stesso consegna al proprio MMG che emetterà impegnativa.

C2) Lo specialista in regime di libera-professione extramoenia NON è un componente dell'Equipe Chirurgica dell'Azienda Sanitaria presso la quale il paziente eseguirà l'intervento: il paziente si reca dallo specialista (senza prescrizione del suo MMG) a sue spese. Se lo specialista ravvede la necessità di un intervento chirurgico, rilascia al paziente una certificazione su carta libera che il paziente stesso consegna al proprio MMG che emetterà impegnativa per visita chirurgica. Il paziente prenota a CUP la visita o in regime istituzionale o in regime di libera professione intramoenia, seguendo i percorsi descritti o nello scenario A o nello scenario B.

Nella pagina seguente vengono illustrati gli scenari descritti.

Fig. 2 Descrizione dei percorsi di fase pre-operatoria



*Nel caso in cui si tratti di intervento da eseguire in regime ambulatoriale il MMG emette impegnativa con la quale il paziente entra nel circuito istituzionale

Soltanto al termine dell'iter diagnostico/terapeutico e nel momento in cui è certa l'indicazione all'intervento/procedura, il paziente potrà essere inserito in LdA, con l'assegnazione della classe di priorità più appropriata (A, B, C, D) (vedi Tabella 1).

Tab. 1 Classi di priorità per gli interventi chirurgici per prestazioni erogate in regime di ricovero, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012.

CLASSE	Descrizione
A	Ricovero entro 30 gg per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 gg per casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 gg per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso: in tal caso è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nel sistema informatizzato da parte dello specialista. Lo scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione.

La Classe di priorità è da assegnare valutando:

- condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;
- presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

Risulta quindi, fondamentale la corretta attribuzione della Classe di priorità, al fine di garantire ed assicurare la giusta tempistica di cura al paziente per la patologia che ne richieda e non per altri stati morbosi che non rientrano in queste caratteristiche cliniche. Le due azioni descritte ovvero, la corretta tempistica di inserimento in lista di attesa e l'attribuzione del codice di priorità, rappresentano quindi componenti imprescindibili per un corretto governo del processo e per ottenere dati di monitoraggio reali sui quali poter avviare, se necessario, eventuali attività correttive e/o migliorative.

RESPONSABILITÀ

Vengono di seguito individuate le figure professionali volte a garantire il governo complessivo del percorso chirurgico in ambito ospedaliero e le rispettive funzioni, come da Determina del Direttore Generale di AST AN n. 559 del 25 settembre 2024.

Gruppo Strategico Aziendale

Composizione: Direttore Sanitario AST, Direttore Presidio Ospedaliero Unico, Dirigente Medico DMO Referente Blocchi Operatori, Direttore Dipartimento Chirurgico, Direttore Dipartimento Specialità Chirurgiche, Direttore Dipartimento Emergenze, Risk Manager, Dirigente Professioni sanitarie Area Infermieristico-ostetrica

- Formula la strategia chirurgica aziendale in accordo con la Direzione aziendale;
- Recepisce le indicazioni nazionali e regionali trasferendole nell'organizzazione.

Gruppo di programmazione

Composizione: Dirigente Medico DMO Referente Blocchi Operatori, Direttori UU.OO.CC. Chirurgia Fabriano Jesi e Senigallia, Direttore UOC ORL Fabriano, UOC Dermatologia Jesi, Direttore UOC Oculistica Fabriano, Direttori UU.OO.CC. Ortopedia Jesi, Senigallia e Fabriano, Direttore UOC Odontostomatologia, Direttori UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione Jesi Fabriano e Senigallia, Direttori UU.OO.CC. Ginecologia e Ostetricia Senigallia e Jesi, Coordinatori Blocco Operatorio Fabriano, Jesi e Senigallia, Direttore UOC Sistemi Informativi Aziendali, Direttore UOC Controllo di Gestione

- Ha il compito di attuare operativamente le strategie definite dal gruppo strategico;
- Sviluppa la pianificazione e la programmazione delle attività, applicando la priorità di smaltimento della lista di attesa;
- Monitora il rispetto delle regole definite per la gestione del paziente chirurgico;
- Organizza le azioni di reporting, le condivide con gli attori interessati nel processo e propone le conseguenti azioni di miglioramento.

Gruppo operativo

Composizione per ogni P.O.: Dirigente Medico DMO, Coordinatore Blocco Operatorio, Dirigente Medico UOC Anestesia e Rianimazione

- Ha la responsabilità operativa nell'ambito dell'organizzazione del blocco operatorio;
- Gestisce e risolve le criticità giornaliere.

Direttori Strutture Complesse e Semplici

- Sono responsabili della pianificazione degli interventi programmati, nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità e delle regole di ottimizzazione dello scorrimento delle liste;
- Verificano la corretta attribuzione delle Classi di priorità, per i pazienti in lista di attesa, utilizzate dai medici specialisti del proprio reparto;
- Sono responsabili della corretta compilazione, tenuta e conservazione del registro operatorio;
- Vigilano sulle procedure di scorrimento delle liste di attesa e monitorano il rispetto dei tempi massimi di attesa attivandosi in caso di criticità.

Direttori dei Dipartimenti

- Supervisionano l'attività dei Direttori del proprio dipartimento in merito alla verifica della corretta attribuzione delle priorità indicate e del rispetto dei tempi di attesa;
- Collaborano con i Direttori delle UU.OO. Chirurgiche e la Direzione Medica Ospedaliera alla risoluzione delle criticità gestionali e di programmazione.

Coordinatori del Blocco Operatorio

- Coordinano e gestiscono le risorse infermieristiche e del personale di supporto alle attività assistenziali, garantendo la corretta allocazione delle risorse necessarie per lo svolgimento delle sedute;
- Sono responsabili dell'approvvigionamento e della gestione dei farmaci, presidi e dispositivi necessari a garantire il corretto svolgimento della programmazione stabilita, nonché della tenuta delle apparecchiature.

Direzione Medica Ospedaliera

- Vigilia sull'appropriatezza dell'utilizzo delle sedute operatorie, sulla trasparenza delle liste di attesa e sulla loro corretta manutenzione;
- Verifica la corretta attribuzione delle ore di sala operatoria, alle diverse UU.OO., in considerazione della disponibilità programmata di posti letto e degli altri fattori produttivi.

Dirigente Medico Chirurgo specialista

- È responsabile dell'appropriato reclutamento dei pazienti, della compilazione completa della scheda di proposta di intervento chirurgico e della corretta attribuzione al paziente della

Classe di priorità per l'inserimento in lista di attesa, e della eventuale successiva modifica che deve essere motivata e tracciata sull'applicativo informatico;

- È suo compito fornire al paziente le informazioni circa le modalità di gestione della lista di attesa e di acquisire il consenso informato per l'effettuazione dell'intervento/procedura proposto.

Direttore e Dirigente medico anestesista – rianimatore

- Il Direttore o un suo collaboratore lavora in sinergia con la Direzione Medica, il Coordinatore del blocco operatorio e con i reparti chirurgici nella stesura mensile delle attività chirurgiche nel blocco operatorio tenendo conto delle risorse mediche disponibili e delle strutturazioni dei reparti;
- Il medico di guardia di anestesia è il responsabile della corretta programmazione delle attività in urgenza/ emergenza;
- Il medico anestesista rianimatore assegnato ad ogni sala operatoria è responsabile della gestione della lista chirurgica nei limiti del regolamento aziendale e collabora con il medico di guardia di anestesia nel caso di urgenze/emergenze che coinvolgano le attività in elezione dedicate così come con il collega della terapia intensiva nei casi di interventi programmati o no che debbano proseguire il loro percorso in terapia intensiva.

MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE STANDARD DELLE SALE OPERATORIE

La programmazione delle attività operatorie deve rispondere ai seguenti principi:

- Corretta gestione dei tempi di attesa, in accordo coi principi previsti dal Piano Nazionale e Regionale di Governo delle Liste di Attesa;
- Corretta gestione dei percorsi chirurgici per tutte le discipline coinvolte, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di qualità delle cure;
- Adeguato coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti nella pianificazione e nella gestione dell'attività chirurgica, in un'ottica di integrazione multidisciplinare.

La programmazione delle attività su base annuale viene definita dal Gruppo Strategico aziendale, allo scopo di favorire lo smaltimento delle Liste di Attesa e monitorando il rispetto delle regole definite per la gestione del percorso chirurgico.

La declinazione delle linee di indirizzo in programmazione delle sedute di ogni blocco operatorio del POU è poi a cura del Gruppo di Programmazione coordinato dal Dirigente Medico di DMO referente

per i blocchi operatori. L'assegnazione delle sedute operatorie avviene con cadenza mensile, entro il 15 del mese precedente, mediante un procedimento dinamico e flessibile che tiene conto dei dati derivanti dal monitoraggio delle liste di attesa e dell'effettivo utilizzo delle sedute.

La formulazione di una proposta di programmazione su base annuale si basa sui seguenti elementi:

- a) disponibilità strutturale delle Sale Operatorie;
- b) disponibilità di personale sanitario e tecnico;
- c) disponibilità di risorse strumentali e tecnologiche;
- d) esigenze connesse al rispetto dei tempi di attesa da parte delle singole UU.OO., stabilite a livello strategico;
- e) ottimizzazione in relazione al *setting* assistenziale (ricovero ordinario, *week surgery* e *day surgery*) ed alla complessità degli interventi previsti.

Risulta fondamentale prevedere una programmazione flessibile, in grado di adeguarsi ad eventuali necessità derivanti da modifiche dell'assetto organizzativo/logistico, nonché alle esigenze dettate a livello strategico.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Lo scopo di tale sezione è di definire le modalità e le tempistiche di organizzazione del lavoro nel contesto del blocco operatorio, con particolare riferimento agli strumenti operativi necessari per un corretto svolgimento delle attività previste.

Descrizione degli orari di inizio e di fine attività del Blocco Operatorio Si identificano le seguenti tipologie di seduta operatoria:

- Seduta mattutina
- Seduta pomeridiana
- Seduta prolungata

Seduta mattutina Jesi-Fabriano

Ore 7:45 - orario di arrivo infermieristico (valido per la maggioranza del personale)

Ore 8:15 - paziente ed equipe infermieristica al completo in Sala

Ore 8:30 – equipe al completo in sala, esecuzione *check-list* ed inizio procedure

Ore 13:30-13:45 circa - Uscita del paziente dalla Sala (*tempo medio di sanificazione: 20 minuti*)

Seduta pomeridiana Jesi-Fabriano

(cambio di equipe specialistica)

Ore 14:15 - paziente ed equipe al completo in Sala*, esecuzione *check-list*

**compatibilmente con i tempi previsti di sanificazione*

Ore 14:30 - inizio procedure

Ore 19:30-20:00 - Uscita del paziente dalla Sala

Seduta mattutina Senigallia

Ore 7:30 - orario di arrivo infermieristico (valido per la maggioranza del personale)

Ore 8:00 - paziente ed equipe infermieristica al completo in Sala

Ore 8:15 – equipe al completo in sala, esecuzione *check-list* ed inizio procedure

Ore 14.15-14.30 circa - Uscita del paziente dalla Sala (*tempo medio di sanificazione: 20 minuti*)

Seduta pomeridiana Senigallia

(cambio di equipe specialistica)

Ore 14:30 - paziente ed equipe al completo in Sala*, esecuzione *check-list*

**compatibilmente con i tempi previsti di sanificazione*

Ore 14:45 - inizio procedure

Ore 20:00-20.15 - Uscita del paziente dalla Sala

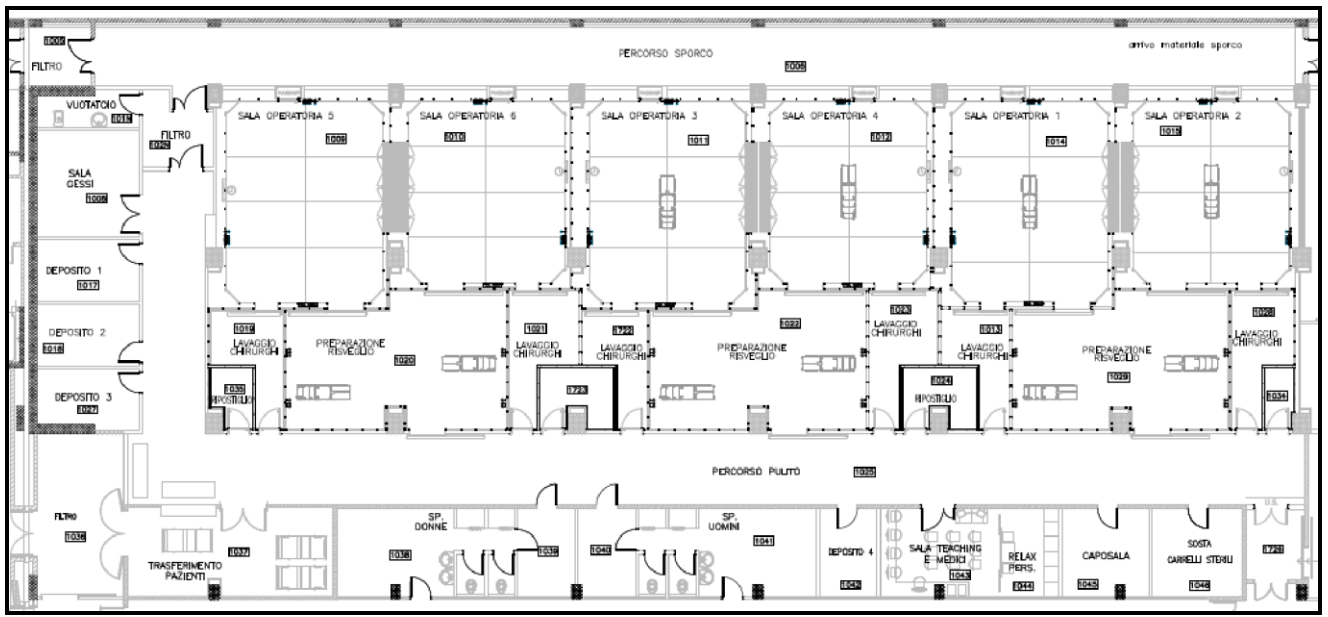
La suddivisione mattina-pomeriggio non è contemplata in caso di seduta prolungata in verticale.

Gli orari di funzionamento specificati sono da intendersi flessibili, in funzione delle esigenze organizzative e logistiche delle UU.OO. coinvolte.

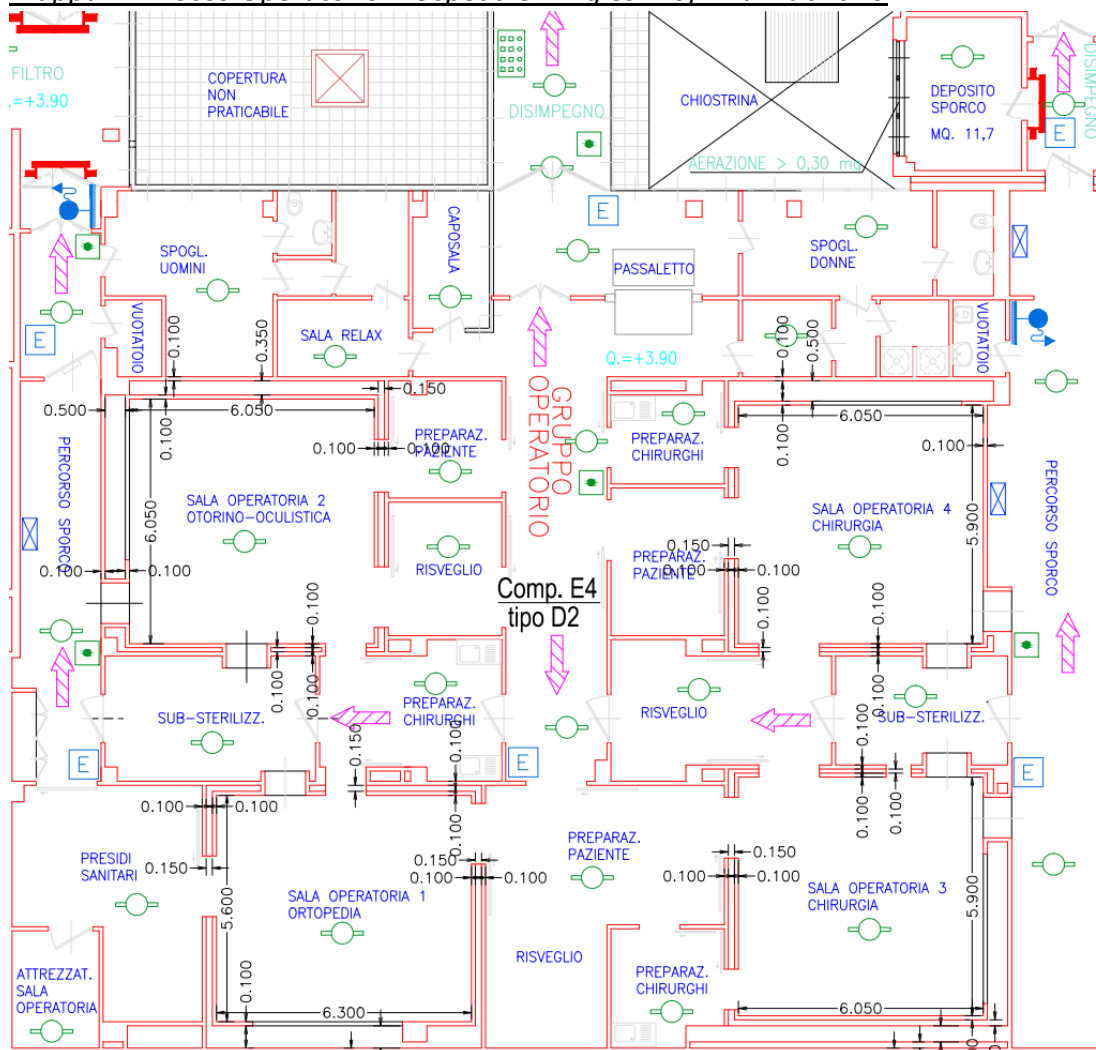
Il prossimo step sarà quello di uniformare gli orari delle sedute in tutti e tre gli Stabilimenti del POU di AST (prevista revisione a breve del presente protocollo).

MAPPE DEI BLOCCHI OPERATORI

Mappa 1: Blocco Operatorio – Ospedale “Carlo Urbani” di Jesi (1° livello – corpo centrale).

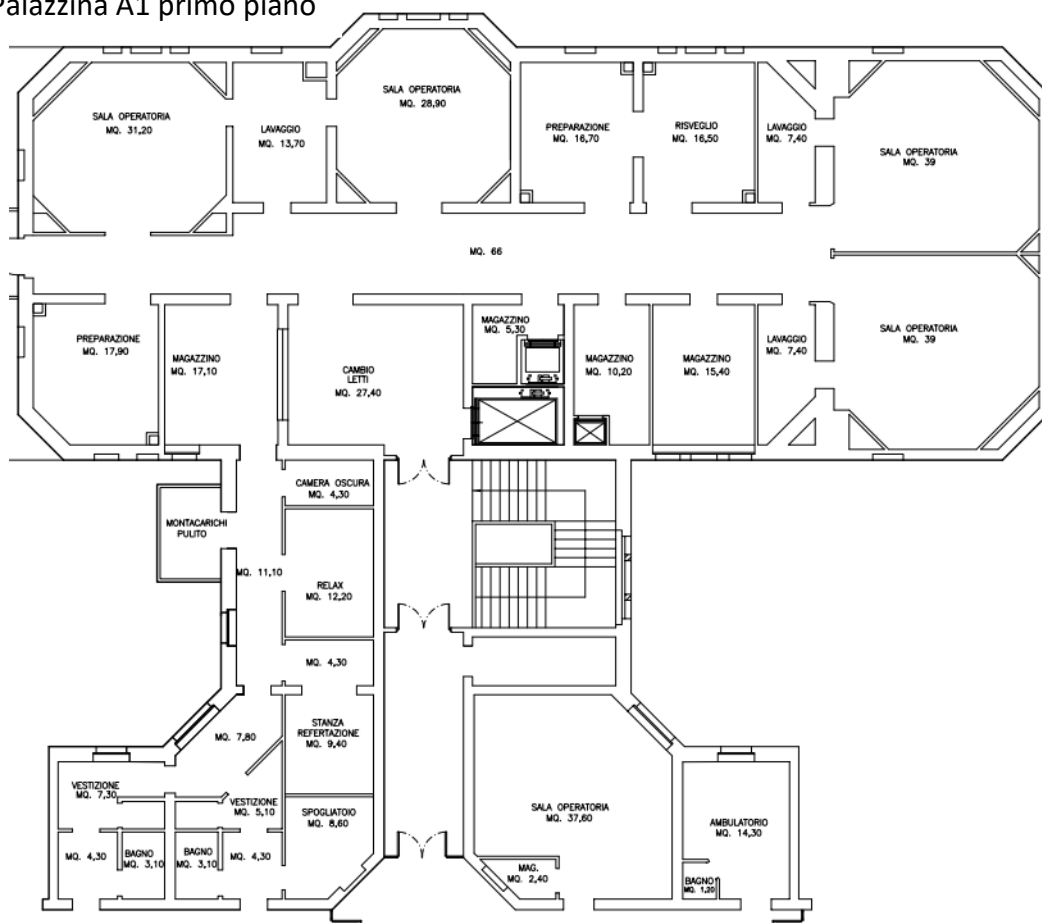


Mappa 2: Blocco Operatorio – Ospedale “Engles Profili” di Fabriano

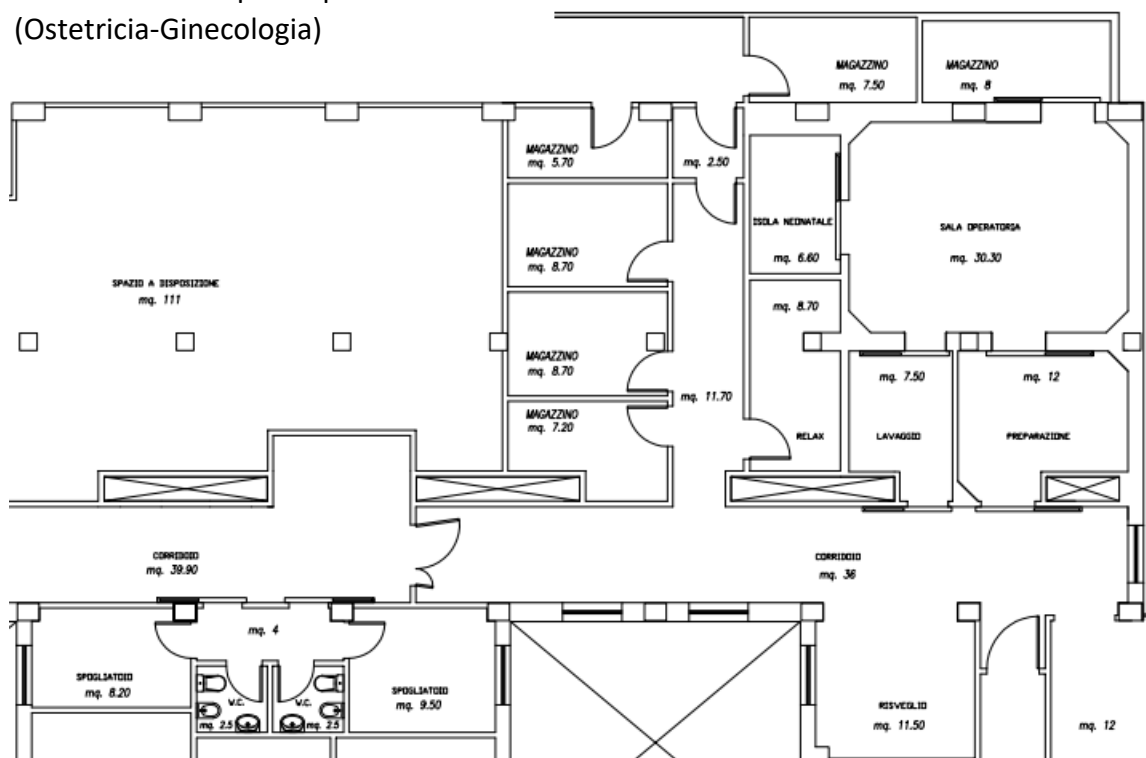


Mapa 3: Blocco Operatorio – Ospedale “Principe di Piemonte” di Senigallia

Palazzina A1 primo piano



Monoblocco D2 quarto piano
(Ostetricia-Ginecologia)



Percorso chirurgico all'interno del blocco operatorio:

Vengono di seguito specificate le diverse fasi e le rispettive responsabilità relative alla gestione del percorso all'interno del blocco operatorio:

PERCORSO CHIRURGICO		
FASE	DESCRIZIONE	RESPONSABILITÀ OPERATIVA
USCITA DAL REPARTO	- Presa in carico del paziente da parte dell'operatore di Reparto (OSS, Infermiere);	Personale OSS, Operatore di trasporto e/o infermiere di reparto
INGRESSO AL BLOCCO OPERATORIO	- Il personale addetto al trasporto accompagna l'operando fino al punto di ingresso del Blocco - Presa in carico del paziente da parte dell'infermiere del Blocco Operatorio.	Infermiere del Blocco Operatorio
INGRESSO IN SALA OPERATORIA	Il paziente viene introdotto in sala operatoria	Infermiere del Blocco Operatorio
ESECUZIONE "SIGN IN" CHECKLIST S.O.	Compilazione della sezione "Sign In" della checklist (prima dell'induzione dell'anestesia)	Equipe operatoria (Chirurgo, Anestesista, Infermiere di anestesia*...) *identificato come il coordinatore della checklist e responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe
INIZIO INDUZIONE ANESTESIA	Momento in cui viene somministrato l'anestetico, in base al tipo di anestesia previsto	Anestesista, Infermiere di Anestesia (Chirurgo in caso di anestesia locale)
PAZIENTE POSIZIONATO E PRONTO	Paziente pronto per la chirurgia, terminata la fase anestesilogica ed il posizionamento in sicurezza sul letto operatorio	Anestesista, in collaborazione con Chirurgo ed infermiere di anestesia
ESECUZIONE "TIME OUT" CHECKLIST S.O.	Compilazione della sezione "Time out" della checklist - dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea	Equipe operatoria (Chirurgo, Anestesista, Infermiere di anestesia...)
INIZIO PROCEDURA CHIRURGICA	Incisione del Sito chirurgico	Chirurgo operatore
ESECUZIONE "SIGN OUT" CHECKLIST S.O.	Compilazione della sezione "Sign out" della checklist - prima che il paziente abbandoni la sala operatoria (può coincidere con la chiusura della ferita chirurgica)	Equipe operatoria (Chirurgo, Anestesista, Infermiere di anestesia...)
FINE PROCEDURA CHIRURGICA	Completamento della sutura cutanea del sito chirurgico	Chirurgo operatore
USCITA DALLA SALA OPERATORIA	L'Anestesista, in accordo con l'équipe, dichiara che il paziente può essere trasferito al di fuori dalla sala.	Anestesista, personale di sala
USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO	Uscita del paziente dal Blocco. Dovrà essere garantito un adeguato passaggio di consegne in funzione del setting di destinazione.	Infermiere del Blocco Operatorio

La tipologia di percorso post-operatorio è stabilita dall'Anestesista e dal Chirurgo di riferimento. Risulta opportuno che la necessità di un posto letto in Terapia Intensiva, se precedentemente nota, venga segnalata nella lista operatoria ai fini di una adeguata gestione organizzativa.

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

- Stazionamento temporaneo in zona preparazione-risveglio
- Invio al Reparto di degenza
- Invio in Terapia Intensiva

Chirurgo, anestesista e infermiere, responsabili dell'immissione di orari e di altre informazioni obbligatorie per il **registro operatorio**, devono averne concluso la compilazione prima che il paziente venga dimesso dal blocco operatorio. **Il primo chirurgo è responsabile della corretta produzione e sottoscrizione del verbale operatorio.** Una copia deve essere inserita nella cartella cartacea del paziente ed una archiviata nel registro di sala. Chirurghi, anestesisti e infermieri di equipe sono tenuti a garantire una tempestiva e completa compilazione delle parti di loro competenza, a garanzia della validità della documentazione prodotta.

Se necessario, dopo la validazione, ciascuna figura professionale coinvolta nella compilazione del registro potrà apporre modifiche alla propria parte di referto secondo le modalità previste dall'applicativo. **Il referto deve essere stampato e sottoscritto dal primo operatore.**

Il paziente in uscita dal Blocco Operatorio deve essere fornito di:

1. Scheda anestesiológica compilata
2. Verbale operatorio completo e firmato
3. Scheda Conteggio materiali chirurgici
4. Check-list di Sala Operatoria

Tempi di "Cambio Paziente"

Risulta fondamentale che le esigenze connesse all'attività ordinaria di reparto non influenzino i tempi di «cambio paziente» (tempi di ripristino della Sala e di avvio del successivo intervento).

I tempi di ripristino e di avvio possono variare in funzione della tipologia di intervento e della specialità chirurgica. L'obiettivo è di contenere la durata complessiva dei tempi di cambio paziente, garantendo efficienza e sicurezza del processo.

Il Chirurgo è tenuto a comunicare con adeguato anticipo il termine dell'intervento chirurgico al resto dell'équipe. Il medico Anestesista, di concerto con il chirurgo, incarica l'infermiere di Anestesia o altro componente dell'équipe di avvisare l'UO di degenza del paziente successivo, comunicando i dati

identificativi necessari. Contestualmente, viene attivato il personale addetto al trasporto per il trasferimento del paziente in sala operatoria.

GESTIONE DELLA NOTA OPERATORIA

La Nota Operatoria rappresenta uno strumento essenziale ai fini di una corretta gestione clinico-organizzativa delle attività di sala operatoria. Essa deve comprendere l'elenco dei pazienti da sottoporre ad intervento e tutti gli elementi necessari per una corretta gestione dell'atto chirurgico e dell'eventuale ricovero.

Vengono distinte una **Nota operatoria settimanale** ed una **Nota operatoria giornaliera**.

Nota operatoria settimanale

Criteri di costruzione della Nota operatoria settimanale

La Nota operatoria settimanale descrive la programmazione degli interventi elettivi dal lunedì al venerdì e al sabato ove previsto.

I principi guida nella costruzione e nella gestione della Nota operatoria settimanale comprendono:

- Rispetto dei tempi di utilizzo delle Sale Operatorie: la pianificazione chirurgica deve essere compatibile con l'orario di inizio e fine della seduta operatoria di ciascuna disciplina chirurgica;
- Distribuzione razionale degli interventi, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali ed impiantistiche disponibili;
- Completezza delle informazioni;
- Integrazione tra tutti i Servizi coinvolti (UO di Anestesia e Rianimazione, Radiologia...).

Occorre inoltre considerare i seguenti criteri di riferimento per la programmazione delle sedute:

- Casi di maggior impegno, intesi con tempo totale previsto (preparazione, tempo chirurgico e uscita sala operatoria), da inserire ad inizio seduta;
- Casi che non possono essere sospesi vanno di norma inseriti ad inizio seduta e non a fine seduta;
- I pazienti affetti da patologie potenzialmente trasmissibili per via ematica o da sottoporre ad intervento chirurgico "sporco" devono essere inseriti a fine lista;
- Corretta gestione dei casi con infezioni trasmissibili per via aerea;

- Eventuale attivazione dei percorsi Latex Free.

La Nota operatoria comprende le seguenti informazioni:

- Identificazione Sala operatoria
- Dati identificativi/anagrafici del paziente
- Patologia e tipo di intervento
- Ora di inizio e durata prevista dell'intervento
- Indicazione membri equipe
- Tipo di anestesia pianificata
- Lateralità dell'intervento (se applicabile)
- Eventuali allergie del paziente (ad es farmaci, latex...)
- Eventuali necessità di attrezzature/strumentazioni di sala ed eventuali indicazioni su presidi/dispositivi/apparecchiature da utilizzare
- Ulteriori elementi utili (ad es. necessità di emocomponenti, necessità di controlli radiologici intraoperatori o necessità di Terapia Intensiva postoperatoria).

Il Direttore di U.O. è responsabile della completezza, correttezza e congruità della Nota Operatoria.

Modalità di gestione della Nota operatoria settimanale

Il Direttore di Unità Operativa, sulla base della pianificazione stabilita a livello strategico, formula la proposta di Nota operatoria settimanale. La proposta viene prodotta prelevando dalla lista di attesa i pazienti che sono risultati idonei a seguito del pre-ricovero all'interno dell'applicativo informatico. Risulta opportuno che la proposta di programmazione settimanale venga condivisa anche con i Coordinatori Infermieristici delle degenze.

La compilazione della nota operatoria settimanale deve avvenire in base all'ordinamento dei pazienti in lista di attesa. Tale ordinamento viene determinato dall'applicativo informatico sulla base di uno score che coniuga sia l'aspetto di urgenza (definito dalla Classe di priorità) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo già trascorso in lista d'attesa): in questo modo si può garantire una maggiore equità in quanto i pazienti vengono ordinati non solo in base all'urgenza, ma anche al tempo di attesa maturato e una maggiore efficienza, in quanto i pazienti in lista da molto tempo non vengono "tralasciati", bensì inseriti all'interno del processo di scorrimento della lista.

Tale proposta viene **discussa e validata settimanalmente** (preferibilmente il giovedì) da parte del Gruppo Operativo del Blocco Operatorio, che valuterà eventuali modifiche laddove necessario e ne

discuterà con il Direttore interessato. A seguito della validazione, verrà diffusa a tutti i soggetti coinvolti nel processo di gestione del ricovero elettivo.

Nota operatoria giornaliera

La Nota operatoria giornaliera deriva direttamente dalla Nota operatoria settimanale e descrive la programmazione degli interventi elettivi e/o urgenti da svolgere in un giorno specifico, per ciascuna Sala Operatoria. Anche in questo caso, deve essere posta particolare attenzione ai principi guida che determinano una corretta gestione della programmazione quotidiana.

Modalità di gestione della Nota operatoria giornaliera

La Nota deve essere redatta e confermata nell'apposito applicativo entro le ore 12:00 del giorno precedente, affinché l'organizzazione possa predisporre e gestire le attività di sala in tempi adeguati. Eventuali modifiche devono essere segnalate tempestivamente al Coordinatore del Blocco Operatorio ed a tutto il personale interessato, previo avallo della modifica da effettuarsi a cura dell'anestesista di guardia, del chirurgo e della DMO, secondo le necessità che ne impongono la modifica rispetto a quanto pianificato.

MODALITÀ DI GESTIONE DEGLI EVENTI IMPREVISTI

Viene di seguito descritta la gestione degli eventi imprevisti che possono verificarsi con maggiore frequenza nel contesto dell'attività chirurgica.

Prolungamento della seduta

Ogni eventuale problematica relativa ai tempi di utilizzo delle sale va tempestivamente comunicata al Coordinatore del Blocco Operatorio. La presente organizzazione prevede che l'attività ordinaria abbia termine alle ore 13:45 per le sedute mattutine dei PP.OO. di Fabriano e Jesi e alle 14:15 del P.O. di Senigallia ed alle ore 20:00 per quelle pomeridiane dei PP.OO. di Fabriano e Jesi e alle 20:30 del P.O. di Senigallia.

Le difformità dal programma prestabilito possono essere dovute ad anticipi, a ritardi, a situazioni contingenti relative al paziente, al tipo di intervento chirurgico e a criticità legate alla gestione anestesilogica.

In caso di eventi imprevisti dovranno essere implementate **tutte le misure organizzative necessarie per garantire l'esecuzione degli interventi chirurgici in lista operatoria**, valutando la disponibilità di ulteriore personale.

In caso di impossibilità a garantire la prosecuzione della lista operatoria, si procederà con la sospensione del/dei successivi interventi chirurgici programmati e alla successiva riprogrammazione a cura dell'Unità Operativa. Di norma, l'intervento dovrà essere riprogrammato prioritariamente nelle liste operatorie dei giorni immediatamente successivi, modificando, se necessario, la programmazione settimanale.

Tutti i casi relativi al sottoutilizzo o sovrautilizzo delle Sale Operatorie sono oggetto di monitoraggio a cura del Gruppo Operativo di ogni Blocco Operatorio, al fine di analizzare eventuali criticità e adottare idonee azioni di miglioramento.

Inserimento di un paziente in emergenza/urgenza

Per intervento in urgenza si intende un intervento che deve essere eseguito entro un determinato limite temporale. È possibile distinguere le seguenti tipologie:

- Emergenze: necessità di intervento chirurgico **immediato** per pazienti in pericolo di vita o a rischio di grave danno;
- Urgenze immediate: necessità di intervento chirurgico urgente non differibile da espletare **entro 3 ore** per evitare complicanze che possano compromettere la vita o che possano aggravare le condizioni del paziente nonostante la terapia medica;
- Urgenze differibili: necessità di intervento chirurgico urgente da espletare **entro le 6 ore**;
- Urgenze programmabili: intervento chirurgico da effettuarsi **entro 24 ore** per evitare complicazioni che possano aggravare le condizioni del paziente nonostante la terapia medica e compromettere le funzioni vitali.

L'organizzazione dell'attività chirurgica in emergenza/urgenza prevede una gestione presso le Sale Operatorie non occupate dall'attività ordinaria, in funzione delle specifiche necessità specialistiche.

Pianificazione delle urgenze

In caso di intervento in emergenza/urgenza, il chirurgo proponente l'intervento contatta e presenta il caso clinico al medico Anestesista, definendo le relative tempistiche. Il chirurgo dovrà inoltre compilare il modulo cartaceo in cui è indicata l'ora della richiesta e la classe di urgenza (*Allegato 1*).

La pianificazione delle urgenze differibili e programmabili avviene attraverso la sezione "Gestione Liste" dell'applicativo informatico.

Il Coordinatore del Blocco Operatorio si attiverà al fine di garantire l'esecuzione dell'intervento rispettando il grado di priorità indicato. In fascia notturna e nei giorni festivi, il Chirurgo proponente

contatterà il servizio Portineria, al fine di allertare il personale reperibile necessario alla composizione dell'equipe.

In caso di concorrenza di più interventi urgenti, la loro sequenza è stabilita dal medico Anestesista, in relazione al grado di urgenza e sentiti i chirurghi interessati.

Rischio clinico

Particolare attenzione deve essere rivolta al tema della Sicurezza del paziente ed alla gestione del Rischio Clinico, in considerazione della complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche e della necessità di promuovere strategie di comunicazione adeguate tra i membri dell'equipe. Per quanto riguarda alcuni ambiti specifici (ad es. compilazione della checklist, segnalazione e gestione degli eventi avversi-near miss), si rimanda alle Procedure Aziendali specifiche.

MANUTENZIONE DELLA LISTA DI ATTESA

La responsabilità della gestione della lista di attesa resta in capo alla figura dei Direttori di UU.OO., mentre i Coordinatori di UU.OO., o i loro delegati a tale compito, procedono puntualmente alla pulizia della lista.

1. Pulizia della lista

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti (mensilmente), al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie.

I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, degli annullamenti e uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

2. Sospensione

Si realizza mentre il paziente è inserito in lista di attesa e può dipendere da:

- motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni);
- indisponibilità del paziente per motivi personali.

È necessario che sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o

non noti. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

Nel caso in cui lo specialista di riferimento effettui la chiamata per la visita di rivalutazione e il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione; a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva (stato che nell'applicativo informatico viene definito CANCELLATO).

In caso di annullamento o irreperibilità, il paziente dovrà essere informato (via pec o raccomandata) della imminente cancellazione a meno di un contatto con la struttura. In caso di mancata risposta a tale comunicazione, la cancellazione diviene esecutiva. Il paziente cancellato può accedere ad una nuova prenotazione, solo dopo una rivalutazione clinica, iniziando un nuovo iter di immissione in lista.

3. Cancellazione

La motivazione deve essere sempre tracciata nell'applicativo informatico e comunicata al paziente in caso di sua rinuncia o irreperibilità.

La cancellazione avverrà nei seguenti casi:

- rinuncia all'intervento chirurgico;
- annullamento dell'intervento chirurgico;
- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati;
- irreperibilità del paziente (dopo due chiamate telefoniche, in settimane, giornate e orari diversi);
- intervento effettuato in urgenza;
- decesso del paziente.

Il Coordinatore Infermieristico della rispettiva U.O., delegato alla manutenzione delle liste, comunica telefonicamente la cancellazione all'interessato, provvedendo a tracciare le attività direttamente sul registro informatizzato.

Rinuncia = Condizione in cui il paziente, in qualsiasi momento, per sua libera ed irrevocabile scelta, non intenda effettuare l'intervento chirurgico: ne consegue la cancellazione e la rinuncia del paziente deve essere formalizzata e annotata nel registro o all'interno della documentazione clinica del ricovero, nel caso in cui il paziente sia già ricoverato.

Irreperibilità = In caso di mancato contatto del paziente ai recapiti forniti dopo due chiamate ai numeri di telefono comunicati dal paziente, annotate nel registro, effettuate in settimane,

giornate e orari diversi. il Direttore di U.O./Delegato potrà disporre la cancellazione dal registro previa notifica al paziente via raccomandata o analogo.

MONITORAGGIO

Il monitoraggio dell'intero percorso è indispensabile per ottimizzare l'efficienza dei processi e per garantire una conoscenza oggettiva delle attività svolte, secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza. A tale scopo, sono in fase di definizione indicatori specifici riferiti all'assetto organizzativo e logistico della realtà considerata.

Il monitoraggio dell'andamento delle liste di attesa e dei tempi di attesa prevede:

- Numero dei pazienti in lista di attesa, suddiviso per regime (ordinario-day surgery-chir. amb.), per Unità Operativa e per Classe di priorità;
- Numero dei pazienti operati che erano in lista di attesa, suddiviso per regime (ordinario-day surgery chir. amb.), per Unità Operativa e per Classe di priorità;
- Tempo medio e max. di effettuazione dell'intervento chirurgico suddiviso per regime (ordinario - day surgery-chir. amb.), per Unità Operativa e per Classe di priorità, calcolato come differenza tra la data di intervento e la data di inserimento in lista di attesa;
- Ripetizione accertamenti pre-operatori dei pazienti in lista di attesa (mancato coordinamento percorsi con pre-operatorio);
- Monitoraggio con motivazione dei pazienti in lista differiti (ovvero inseriti in lista ma non operati).

Per quanto concerne l'utilizzo delle sale Operatorie, le Linee di indirizzo Ministeriali prevedono il monitoraggio anche dei seguenti elementi:

- orario medio di inizio primo intervento;
- variazione tra previsto/effettivo sul tempo chirurgico;
- orario medio di fine attività operatoria;
- completezza della *check-list*;
- monitoraggio delle urgenze per unità operativa.

ACCESSO AL BLOCCO OPERATORIO

Può avere accesso al Blocco Operatorio di ciascun stabilimento solo il personale autorizzato.

L'ingresso ai Blocchi Operatori deve avvenire solo passando per la zona filtro dove bisogna procedere al cambio degli abiti personali, del camice o della divisa sino a quel momento indossati.

Durante lo svolgimento delle sedute operatorie deve essere vietato tassativamente l'accesso al Blocco Operatorio a chi non è direttamente coinvolto nello svolgimento dell'attività operatoria.

L'abbigliamento da indossare esclusivamente all'interno del Blocco Operatorio è il seguente:

- zoccoli autoclavabili
- casacca
- pantaloni
- copricapo (deve inglobare completamente i capelli)
- maschera monouso (deve coprire completamente il naso e la bocca ma non deve mai essere toccata con le mani, tenuta appesa al collo o deposta in tasca e va cambiata frequentemente).

È assolutamente vietato accedere ad altre aree dell'ospedale indossando gli indumenti dedicati al Blocco Operatorio.

L'uscita dal Blocco Operatorio deve avvenire passando per la zona filtro dove si deve procedere al cambio degli abiti, depositando la divisa e gli zoccoli, eliminando le sovrascarpe, il copricapo e la mascherina.

L'accesso permanente al Blocco Operatorio è consentito a:

- Infermieri
- Oss
- Tecnici
- Medici delle UU.OO. afferenti al Blocco
- Medici Specializzandi e/o altro personale sanitario in formazione
- Personale delle pulizie

Le modalità di accesso attualmente rilevate sono:

- per il B.O. di Fabriano: mediante digitazione di codice numerico sul tastierino posto all'ingresso dello stesso;
- per il B.O. di Senigallia e per quello di Jesi: mediante l'avvicinamento del proprio badge al lettore posto alla porta d'ingresso dello stesso.

Qualora i Direttori delle Unità Chirurgiche e dell'Anestesia richiedano, per motivi di convenzioni, collaborazione didattica ecc., l'accesso di personale medico o infermieristico proveniente da struttura extra-aziendale, tale richiesta andrà formalizzata alla DMO di Stabilimento, esplicitandone le motivazioni. Inoltre il nominativo di operatori esterni dovrà comparire all'interno del registro operatorio digitale.

L'accesso di personale (*Specialist*) appartenente a ditte/società/fornitrici di dispositivi, tecnologie, materiali in conto deposito, apparecchiature in comodato d'uso/visione temporanea già preventivamente autorizzata secondo le modalità in essere, sarà consentito esclusivamente per il periodo necessario alla dimostrazione e alla formazione del personale autorizzato. Tale personale esterno si deve attenere a tutte le procedure previste per l'accesso al B.O. in termini di regolamentazione e vestizione. Allo specialista di prodotto è fatto divieto di compiere alcun atto che implichi il contatto fisico con il paziente, né è consentito allo stesso di accedere alla documentazione clinica del paziente. I Direttori delle strutture interessate comunicheranno di volta in volta alla DMO i nominativi, le ditte e le motivazioni di accesso in sala operatoria.

Autorizzazione per l'accesso di accompagnatori di pazienti nell'area antistante il B.O.

In considerazione dell'alto rischio di inquinamento ambientale derivante dalla carica microbica individuale aggiuntiva, è necessario limitare al massimo questa tipologia di autorizzazioni. In ogni caso, quando un familiare richiede di accompagnare un operando, tale richiesta verrà valutata dal chirurgo e dall'anestesista in funzione di quanto già espresso e considerando che l'accesso è limitato all'area prospiciente il B.O.

Matrice delle Responsabilità per accesso al B.O.

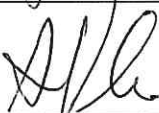
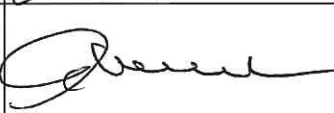
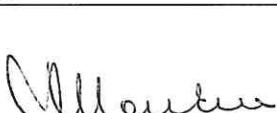
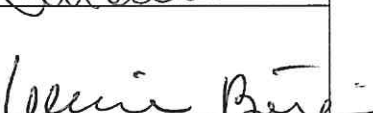
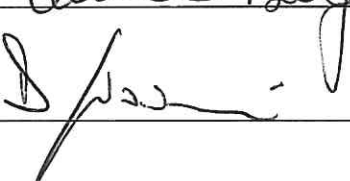
Attività	Dirigente DMO	Coordinatore Infermieristico	Chirurgo	Infermiere	Anestesista	Oss	Tecnico	Altri*
Accesso al B.O.	C	R	C	C	C	C	I	I

Legenda: **R** = Responsabile; **C** = Corresponsabile; **I** = Informato; * = Specialist, studenti in formazione, visitatori ecc

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Servizio Salute n.80/S04 del 20/12/06 - Linee guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili. Annullamento del decreto n. 77/504 del 12.12.2006;
- DGRM 1345 del 30/09/2013: “Riordino delle Reti cliniche nella Regione Marche”;
- DGRM 1219 del 27/10/2014: “Modifica della deliberazione 1345/13 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione marche e della deliberazione n.551/13 concernente la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR”;
- DM 70/15 Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- Linee Guida ISPSEL 2009-2014 “Linee guide per la definizione degli standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori”;
- “Linee di indirizzo per la regolamentazione del Percorso Chirurgico e l’Organizzazione dei Blocchi Operatori nell’ASUR Marche” (Det. 629/DG ASUR del 13/11/2018);
- “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” approvato in data 09/07/2020 nell’ambito della Conferenza Stato-Regioni;
- DGR n.1089 del 05 settembre 2022 “Recepimento Accordo Stato Regioni del 9 luglio 2020 “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”;
- Determina del Direttore Generale di AST AN n. 559 del 25 settembre 2024 “Attuazione D.G.R.M. n. 1089/2022 in recepimento dell’Accordo Stato Regioni del 9 luglio 2020 “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”. Formalizzazione del Gruppo Strategico, Gruppo di Programmazione e Gruppo Operativo AST di AN”.

Composizione Gruppo Strategico Det. DG AST AN 559/2024, ex DGRM 1089/2022

Gruppo Strategico ex DGR Marche n. 1089/2022		
Nominativo	Figura professionale	Firma
Dr.ssa Benedetta Raffaella Ruggeri	Direttore Sanitario AST con funzioni di Coordinamento	
Dr.ssa Stefania Mancinelli	Direttore POU AST AN	
Dr.ssa Sonia Bacelli	Dirigente Medico PO	
Dr. Augusto Verzelli	Direttore Dipartimento Chirurgico	
Dr. Giuseppe Lemme	Direttore Dipartimento Specialità Chirurgiche	
Dr. Gianfranco Maracchini	Direttore Dipartimento Emergenze	
Dr.ssa Damiana Mandriani	Responsabile UOSD Day Surgery	
Dr.ssa Valeria Benigni	Risk Manager AST AN	
Dott.ssa Donatella Giovannini	Dirigente Prof. Sanitarie Area Infermieristico-ostetrica	

MODULO DI RICHIESTA DI SALA OPERATORIA PER INTERVENTO IN EMERGENZA/URGENZA

Da compilarsi a cura del Dirigente Medico richiedente

DATA ____/____/____	ORA _____
NOME _____ COGNOME _____ data nascita ____/____/____	
Diagnosi _____	
U.O. proponente _____	
Procedura chirurgica e durata prevista : _____	

Procedura chirurgica in:
☐ EMERGENZA (pericolo di vita per il paziente, da eseguire immediatamente)
☐ URGENZA IMMEDIATA (intervento da eseguire entro 3 ore)
☐ URGENZA DIFFERIBILE (intervento da eseguire entro 6 ore)
☐ URGENZA PROGRAMMABILE (intervento da eseguire entro 24 ore)
Ora della compilazione: ____/____

Firma del dirigente medico richiedente _____

Da compilarsi a cura dell'Anestesista DEA

☐ Ricevuto in data : ____/____/____	ORA: ____:____
☐ Convalida dei requisiti urgenza	
☐ Prestazione effettuata dalle ore ____:____ alle ore ____:____	
☐ Prestazione non effettuata per: _____	

NOTE: _____

Firma dell'Anestesista DEA _____