

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
ASL n° 6 Medio Campidano
Presidio Ospedaliero di San Gavino

Servizio : Blocco OperatorioDipartimento di Chirurgia**Oggetto:** Regolamento delle attività di Sala Operatoria;**Premessa:**

Questo documento definisce il regolamento che disciplina lo svolgimento delle attività praticate nel Blocco Operatorio del presidio Ospedaliero. Esso ha il compito di migliorarne l'organizzazione e gestire complessivamente le Sale Operatorie

Ha la sua applicazione nella pianificazione, organizzazione, gestione e controllo delle attività organizzative, cliniche, infermieristiche e alberghiere del Blocco Operatorio nonché dei processi di miglioramento continuo del servizio fornito agli utenti.

1 Definizioni:**Blocco Operatorio:**

Si intende per Blocco Operatorio le Sale Operatorie propriamente dette in cui vengono eseguiti interventi Chirurgici, i locali e gli spazi attigui e tutti gli ambienti che concorrono direttamente o indirettamente allo svolgimento dell'attività operatoria.

Le Sale operatorie devono disporre della strumentazione chirurgica e delle apparecchiature adeguate alle tipologie chirurgiche praticate conformemente a quanto stabilito dalle normative vigenti.

Comitato di S.O. :

Ha la funzione di monitorare e mantenere l'efficacia del presente regolamento e dei suoi allegati

- Esso è formato da:
- *Direttore Presidio Ospedaliero*
 - *Direttore dipartimento di Chirurgia, che lo dirige e lo convoca*
 - *Responsabile U.O.S. di Sala Operatoria*
 - *Direttore servizio di Anestesia e Rianimazione*
 - *Direttore del Servizio delle professioni Sanitarie*
 - *Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Blocco Operatorio (Coordinatore BO)*

Responsabile di S.O. :

Ha la funzione di sovrintendere e garantire qualità e standard, armonizzando il lavoro delle varie equipe. Si rapporta inoltre direttamente con il Coordinatore Professioni Sanitarie del Blocco Operatorio.

Coordinatore BO:

Ha la responsabilità diretta e complessiva di tutte le risorse umane infermieristiche e di supporto, logistiche e tecnologiche operanti all'interno del blocco stesso, nonché ha funzioni di coordinamento e di controllo di quelle non assegnate alla dotazione organica della Sala Operatoria; vigila inoltre sulla corretta applicazione delle procedure da parte di tutti gli operatori e in caso di inosservanza ne fa immediata segnalazione al Direttore del Dipartimento di Chirurgia e alla Direzione Sanitaria del P.O. per gli aspetti di competenza.

I fruitori del Blocco Operatorio:

Sono tutti gli operatori Sanitari che necessitano per le proprie attività dell'utilizzo di spazi, tecnologie e risorse umane presenti al suo interno.

Équipe operatoria:

L'équipe operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, Operatori Socio Sanitari, tecnici e tutto il personale di Sala Operatoria coinvolto nell'attività chirurgica.

Interventi chirurgici:

Si definiscono interventi chirurgici "tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore".

Registro monitoraggio tempi e non conformità:

Registro cartaceo nel quale sono trascritte, da parte del personale di cui al punto "5", gli eventi, le circostanze e le disfunzioni che influiscono sul regolare svolgimento delle attività o delle procedure oggetto del presente regolamento. Per ciascuna giornata Operatoria devono essere inoltre riportati di norma i tempi di attività di cui al punto "3.3".

2. Organizzazione:

Nel Blocco Operatorio vengono effettuate le seguenti attività Chirurgiche:

- Chirurgia Generale
- Urologia
- Endoscopia Digestiva
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Oculistica
- Altri interventi chirurgici afferenti alle discipline di area Medica e Chirurgica nelle more di assegnazione programmata degli accessi.

2.1 Funzionamento:

Il blocco operatorio è aperto sia per l'attività programmata che in regime di urgenza/emergenza dal Lunedì al Venerdì dalle ore 07,00 alle ore 20,00. Tale attività è garantita dal personale medico infermieristico e dagli Operatori Socio Sanitari in turno di servizio.

Nelle ore notturne, nei giorni festivi e il Sabato tutta l'attività di Urgenza/emergenza viene garantita dal personale in pronta disponibilità.

Tutti gli spazi del Blocco Operatorio sono ad uso comune. Le Sale Operatorie propriamente dette vengono usate prevalentemente dalle stesse discipline, ma non sono ad uso esclusivo delle stesse.

2.2 Risorse umane:

Le risorse Umane assegnate al Blocco Operatorio sono composte da:

- Coordinatore BO
- Infermieri strumentisti
- Operatori Socio Sanitari

L'allegato organigramma definisce per ciascuna delle professioni indicate la dotazione organica aggiornata

2.3 Risorse Tecnologiche materiali e strumentali:

Tutte le risorse tecnologiche materiali e strumentali presenti all'interno del Blocco Operatorio sono ad uso comune ad esclusione degli strumenti o apparecchiature ultra specialistiche dedicati a particolari tipologie Chirurgiche.

2.4 Gestione e verifica:

Il Coordinatore del B.O. verifica il rispetto del programma di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali, lo stato di funzionalità dello strumentario chirurgico, attiva le procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Con il pieno coinvolgimento dei Responsabili di U.O. attiva le procedure per l'acquisto di materiale e strumentario chirurgico generico.

Non rientra nelle responsabilità del Coordinatore del BO:

- L'organizzazione e la gestione dei presidi dei materiali e delle apparecchiature elettromedicali in uso al servizio di Anestesia;
- La gestione dei materiali e delle apparecchiature elettromedicali non inserite nell'inventario aziendale e/o non acquisite nel rispetto delle procedure aziendali.

3. Gestione dell'attività chirurgica:

L'attività chirurgica è distinta in

- a) **attività programmata**
- b) **attività d'urgenza.**

3.1 Attività Programmata:

L'utilizzo delle sale operatorie da parte delle diverse discipline per l'attività **chirurgica programmata**, avviene attraverso un calendario stabilito dal comitato di SO e specificato in dettaglio nell'allegato "4", entro le ore 14,00 del giorno precedente la seduta operatoria, o del venerdì per il lunedì successivo.

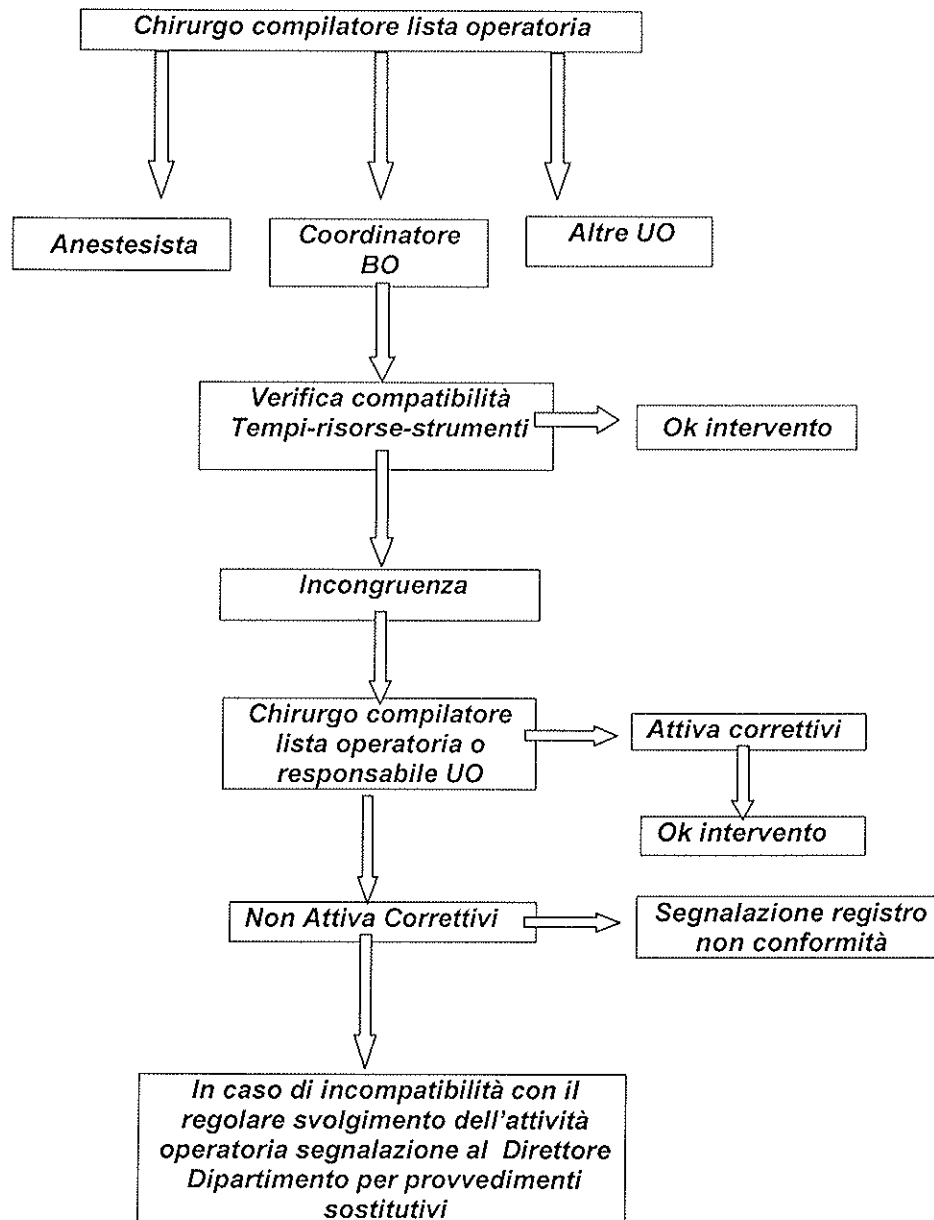
Il medico delegato del reparto fa pervenire a tutte le U.O. interessate e al Coordinatore del BO la lista operatoria firmata dal responsabile dell'U.O.

Il Coordinatore del BO:

- a) Raccoglie le liste operatorie ricevute dalle UO;
- b) Verifica la compatibilità temporale di effettuazione di ogni intervento relativamente alla disponibilità delle risorse umane strutturali, strumentali e tecnologiche presenti, la concomitanza di più interventi che richiedono le medesime attrezzature e/o strumenti e richiede se necessario ai singoli Responsabili di U.O. la riprogrammazione della lista operatoria o la modifica della sequenza degli interventi;
- c) Consegna copia della lista operatoria agli infermieri addetti alle specifiche sale per il controllo di tutto il materiale necessario all'espletamento degli interventi;
- d) Consegna copia della lista operatoria agli operatori socio sanitari addetti al trasporto pazienti;
- e) Consegna copia della lista operatoria all'infermiere addetto alla sterilizzazione;

Qualora ci fossero variazioni alla lista operatoria programmata già trasmessa queste devono essere comunicate per iscritto, firmate dal Responsabile dell'UO, tempestivamente e comunque non oltre le ore 07,30 del giorno di riferimento al Coordinatore BO e alle UO interessate.

3.2 Modalità Operativa:



3.3 Svolgimento delle sedute:

La sala operatoria deve essere pronta alle ore 08,00

Il primo paziente d'ogni lista operatoria deve entrare nel Blocco Operatorio alle ore 08,15, unitamente alla cartella clinica completa,

L'orario d'inizio dell'anestesia è fissato per le ore 08,30. In casi eccezionali e documentati nel registro delle non conformità le prime fasi della procedura anestesiológica possono essere dedicate alle attività cliniche specialistiche anestesiológicas rivolte ai pazienti in lista operatoria.

Almeno un chirurgo dell'equipe che garantisce l'eseguibilità degli interventi previsti deve essere presente nelle fasi di preparazione per l'avvio della procedura alle ore 08.30.

Fatti salvi gli imprevisti sopraggiunti nelle sedute del mattino, per l'avvio delle sedute operatorie pomeridiane dovranno essere rispettati gli orari previsti nel calendario operatorio di cui all'allegato "4".

I singoli tempi d'attività si definiscono come segue:

<u>Primo intervento:</u>	1)Sala pronta:	è il momento in cui la sala è pronta per l'ingresso del paziente.
	2)Arrivo del paziente:	è il momento in cui il paziente entra nel Blocco operatorio.
	3)Inizio anestesia:	è il momento in cui iniziano le procedure anestesiológicas.
<u>Ultimo intervento:</u>	4)Inizio intervento:	è il momento in cui il chirurgo inizia a preparare il campo operatorio.
	5)Fine intervento:	è il momento in cui il chirurgo termina la sutura cutanea.
	6)Fine anestesia:	è il momento in cui l'anestesista dichiara completate le prestazioni di sua competenza.
	7)Uscita del paziente:	è il momento in cui il paziente esce dal Blocco Operatorio.

L'équipe operatoria è tenuta al rispetto degli orari sopra indicati per l'arrivo in sala al fine di ottimizzare i tempi di inizio e di fine attività.

Le sedute operatorie devono essere programmate e svolte nel rispetto degli orari stabiliti nel calendario operatorio.

Oltre tale orario possono essere inseriti solo interventi d'urgenza certificati dal chirurgo operatore mediante compilazione dell'apposito modulo per l'urgenza da consegnare tempestivamente all'anestesista referente e al Coordinatore BO. o a un suo incaricato.

3.4 Attività d'urgenza:

Per Urgenza si intende un intervento che deve essere eseguito in tempi rapidi

- a) Si definiscono tre livelli di urgenza
- **URGENZA DIFFERIBILE** : eseguibile entro 2 ore dalla comunicazione; (livello 3)
 - **URGENZA** : eseguibile entro 1 ora dalla comunicazione; (livello 2)
 - **EMERGENZA** : da eseguire immediatamente; (livello 1)
- b) Tutte le urgenze che si inseriscono sull'attività ordinaria, devono essere comunicate al Servizio di Anestesia e al Coordinatore del BO attraverso il modulo "**Lista Operatoria Urgenza**". Oltre alle informazioni generiche dovrà essere specificato anche il livello di urgenza al fine di poter ottimizzare i tempi di preparazione della Sala e della equipe infermieristica.
- Tali Urgenze saranno effettuate in una delle due seguenti modalità:
- nello stesso letto operatorio in cui si sta già svolgendo l'attività della medesima specialità chirurgica che dovrà effettuare l'urgenza;

- nel primo letto operatorio disponibile, nel caso in cui la specialità chirurgica che dovrà effettuare l'urgenza non disponga di una sala operatoria già attiva o non riesca a liberare il proprio letto operatorio in tempi utili.

Nel caso di urgenze simultanee la priorità è quindi la sequenza con cui effettuare gli interventi dovrà essere discussa e stabilita dai chirurghi proponenti i vari interventi e il Responsabile della attività anestesiologicala (o suo delegato).

- c) Nei giorni festivi, il sabato e nelle ore notturne di tutti i giorni feriali le urgenze saranno garantite dal personale in pronta disponibilità.
Il personale infermieristico in pronta disponibilità è attivato dal Medico chirurgo di guardia del reparto proponente per chiamata telefonica diretta affinché possa illustrare in maniera dettagliata ai reperibili la tipologia e il livello di urgenza. Il Medico chirurgo di guardia dovrà provvedere alla compilazione del modulo lista Operatoria Urgenza con le modalità di cui al punto "a"
- d) Attualmente si può garantire, in pronta disponibilità, un letto operatorio con altrettanta équipe composta da due Infermieri (strumentista e fuori campo) e un operatore OSS;
- e) Le urgenze di Endoscopia digestiva effettuate nei giorni feriali e negli orari di presenza in servizio degli infermieri dedicati a tale attività, vengono concordate e gestite direttamente tra i medici operatori e detti infermieri.
Tali urgenze dovranno comunque essere gestite con le modalità di cui al punto "a" e "b"

4. Conservazione delle liste operatorie:

Le liste operatorie definitive in elezione sono conservate a cura del Coordinatore del BO per un periodo di mesi 6 (a fini statistici) e successivamente archiviate.

4.1 Conservazione dei moduli di richiesta urgenza/emergenza

Le richieste sono conservate a cura del Coordinatore del BO e verranno verificate periodicamente del Direttore del Dipartimento di Chirurgia per valutarne l'appropriatezza.

5. RISPETTO DEL REGOLAMENTO

È fatto obbligo a tutto il personale del Blocco Operatorio o che fruisce delle sale operatorie dell'Ospedale di rispettare tale Regolamento.

Tutte le non conformità rilevate, da parte degli operatori del Blocco Operatorio o dai fruitori dello stesso, debbono essere registrate nel Registro del "**Monitoraggio tempi e non Conformità**".

L'accesso alla registrazione delle non conformità è consentito al personale Medico e al Coordinatore del BO o in sua assenza dal sostituto.

Il Direttore del Dipartimento di Chirurgia ha la responsabilità del controllo sul rispetto del presente Regolamento da parte di tutti e si avvarrà, per l'espletamento di tale funzione, della verifica mensile del Registro del "**Monitoraggio tempi e non Conformità**".

Il direttore del Dipartimento di Chirurgia di norma convoca il comitato di S.O. con frequenza bimestrale, gli esiti delle riunioni sono verbalizzati e i verbali custoditi presso la segreteria della Direzione Sanitaria.

Per l'analisi di specifiche problematiche o criticità può convocare i singoli componenti del comitato o altri operatori/dirigenti interessati per specifiche problematiche.

6 <i>Elenco documenti collegati al Regolamento</i>
--

6.1 Allegati approvati dal comitato BO

- 1 Regolamento percorso di accesso e comportamentale;
- 2 Istruzione Operativa per il conteggio sistematico dei presidi e degli strumenti utilizzati nel sito Operatorio;
- 3 Istruzione Operativa trasporto pazienti;
- 4 Modulo lista operatoria;
- 5 Registro non conformità;
- 6 Regolamento e registro Radioprotezione;
- 7 Organigramma Personale Blocco Operatorio;
- 8 Articolazione settimanale degli accessi programmati BO;

6.2 Allegati in discussione di prossima approvazione

- 9 Regolamento processo di sterilizzazione interno ed esterno;
- 10 Gestione Liste Operatorie (temporizzazione interventi chirurgici);
- 11 Organizzazione del lavoro nel Blocco Operatorio;
- 12 Gestione Istologia;
- 13 Registro di Sala Operatoria;
- 14 Procedura Sanificazione Blocco Operatorio;
- 15 Protocollo monitoraggio microbiologico ambientale;
- 16 Gestione manutenzione ordinaria e straordinaria respiratori, defibrillatori, monitor ecc (Servizio Anestesia);
- 17 Gestione manutenzione Ordinaria e straordinaria apparecchiature elettromedicali;
- 18 Gestione interventi tecnici ambienti BO;

San Gavino 25 06 12

Dipartimento di Chirurgia allegato n. 1 al Regolamento Blocco Operatorio

TIPO DI DOCUMENTO	ISTRUZIONE OPERATIVA
TITOLO	PERCORSO DI ACCESSO E COMPORTAMENTALE

Redazione		Data	Verifica
Responsabile UOS:	Dott. Giuseppe Cocco	22 02 12	Comitato BO Direttore Dipartimento di Chirurgia Direttore Presidio Ospedaliero Responsabile U.O.S. di Sala Operatoria Direttore Servizio di Anestesia e Rianimazione Direttore del Servizio delle Professioni Sanitarie Coordinatore delle Professioni sanitarie del Blocco Operatorio
Coordinatore BO:	Marco Ara		
Infermiera:	Paola Senis		
Infermiera:	Alice Melis		

Data di applicazione:	Delibera n°	Del:
Revisione n° 0	Data:	

Indice

1. *Premessa*
2. *Scopo/Obiettivi*
3. *Campo di applicazione*
4. *Riferimenti normativi e documentali*
5. *Definizioni e terminologia*
6. *Modalità operative*
7. *Responsabilità applicazione*
8. *Modifiche e revisioni*

1. Premessa

Il buon funzionamento del Blocco Operatorio dipende dal comportamento del personale che vi presta la propria opera.
 Occorre osservare regole comportamentali e procedure che hanno lo scopo di stabilire e mantenere le condizioni di bassa contaminazione microbiologica ambientale .

2. Scopo obiettivi

L'impegno per la ricerca delle "migliori pratiche", coinvolge a vario titolo e con diverse responsabilità, tutti i soggetti che partecipano alla gestione del percorso assistenziale del paziente chirurgico. L'obiettivo della presente "istruzione operativa" è stabilire per gli operatori, le principali norme di accesso e comportamentali atte a garantire standard di buona tecnica e di corretta prassi igienico-sanitaria finalizzata alla promozione della sicurezza del paziente.

3. Campo di applicazione

"L'istruzione operativa" del presente documento riguarda il blocco operatorio del Presidio Ospedaliero e si applica a tutto il personale che vi accede.

4. Riferimenti normativi e documentali

Linee guida del Ministero della Salute - Ispepl norme di sicurezza nei reparti operatori.

5. Definizioni, terminologia
- Blocco Operatorio

Si intende per Blocco Operatorio le Sale Operatorie propriamente dette in cui vengono eseguiti interventi Chirurgici, i locali attigui, gli spazi attigui e tutti gli ambienti che concorrono direttamente o indirettamente allo svolgimento dell' attività operatoria.

- Sala Operatoria

Area del blocco operatorio dove vengono eseguiti gli interventi chirurgici.

- **Specialist di prodotto**
Operatori che prestano assistenza "Tecnica Specialistica" al personale Medico e/o Infermieristico durante l'utilizzo di apparecchiature o strumentari di nuova acquisizione o immissione in commercio.
- **Visitatori-Ospiti**
Operatori o altre figure che non hanno funzioni attive nel blocco Operatorio, ma che per ragioni legali di sicurezza, religione, lingua, o altri giustificati motivi è richiesta la loro presenza.

6. Modalità operative

- 6.1 Tutto il personale** che accede al Blocco Operatorio deve indossare l'abbigliamento specifico costituito da: casacca e pantalone, calzature lavabili/autoclavabili, copricapo, mascherina monouso.
L'uso di un abbigliamento specifico per la sala operatoria ha lo scopo di ridurre la diffusione di microrganismi, di protezione individuale e del paziente. L'abbigliamento utilizzato, oltre ad avere funzioni di barriera, deve garantire comfort termico, non ostacolare i movimenti assicurando un'adeguata mobilità, e disperdere al minimo fibre tessili.
- a) **Casacca e pantalone:**
Le divise utilizzate, conformi alla direttiva CE, devono essere indossate pulite prima di accedere al Blocco operatorio e sostituite in caso di contaminazione.
 - b) **Calzature:**
Le calzature in poliuretano o in gomma, conformi alla direttiva CE, devono essere indossate prima di accedere al Blocco Operatorio e lavate in caso di contaminazione, Devono essere lavabili alla temperatura di 90/110°, sterilizzabili in autoclave alla temperatura di 134°, antistatiche, antiscivolo, resistenti all'abrasione, alle flessioni ripetute e areate lateralmente. Per ridurre al minimo il rischio di contaminazione tutta la parte superiore (volta) deve essere completamente liscia, non forata, senza incisioni o accessori.
 - c) **Copricapo monouso:**
Devono essere indossati correttamente, cioè contenendo tutti i capelli, e vanno sostituiti quando contaminati o danneggiati, Gli operatori con barba devono indossare copricapi integrali.
 - d) **Mascherine monouso:**
Devono essere indossate correttamente coprendo naso e bocca, devono essere sostituite ad ogni intervento e/o ogni qualvolta risultino contaminate, umide o danneggiate, non devono inoltre essere praticati adattamenti o modifiche che alterino l'integrità e/o le funzioni di barriera.
 - e) **Visiere ed Occhiali Protettivi:**
Indossare visiere, occhiali protettivi o schermi facciali per proteggere la mucose di occhi, naso e bocca durante le procedure a rischio e le attività di assistenza al paziente, che possono provocare schizzi di materiale biologico quali: sangue, escreti e secreti, frammenti ossei, ecc.
 - Se monouso devono essere eliminate subito dopo l'utilizzo
 - Se riutilizzabili, devono essere ad utilizzo personale e trattati adeguatamente al termine dell'uso (decontaminazione, deterzione, disinfezione o sterilizzazione), attenendosi alle indicazioni della nota informativa rilasciata dal fabbricante.
- 6.2** L'accesso al Blocco Operatorio è consentito a tutti gli operatori che direttamente o indirettamente per ragione del ruolo svolto, è quotidianamente coinvolto nelle attività del Blocco operatorio e/o delle sale operatorie.
Tutto il personale che accede al Blocco Operatorio per motivi tecnico-operativi o per altri motivi deve essere preventivamente autorizzato dal Responsabile dell' UOS e deve e deve permanervi solo il tempo strettamente necessario per lo svolgimento delle funzioni richieste. Il loro accesso e la loro permanenza è subordinata, su indicazione del responsabile dell' UO o del coordinatore BO, alle attività in corso.
- 6.3** E' vietato al personale che partecipa attivamente all'attività del Blocco Operatorio, salvo motivate esigenze o particolari situazioni, allontanarsi dal Blocco Operatorio.

- 6.4 E' vietato a tutti gli operatori allontanarsi dal Blocco Operatorio indossando dispositivi di protezione monouso.
- 6.5 La consegna programmata dei materiali, dei dispositivi e dei farmaci al Blocco Operatorio, salvo particolari situazioni, o se preventivamente richiesto non deve sovrapporsi alle attività chirurgiche in corso. Per il carico e lo scarico dei materiali devono essere utilizzati carrelli dedicati.
- 6.6 L'esecuzione di interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria eseguiti dal servizio Tecnico ASL o da altri tecnici preposti, non deve avvenire nella norma e/o salvo particolari situazioni di urgenza/emergenza, in concomitanza con le attività in corso. Le modalità di accesso devono essere preventivamente concordate ed autorizzate dalla Direzione sanitaria del Presidio Ospedaliero.
- 6.7 **Sale Operatorie:**
- a) E' vietato a tutto il personale che accede alle sale Operatorie introdurre e/o utilizzare oggetti personali quali borse, riviste, ecc., indossare monili o altri accessori per abbigliamento, consumare alimenti o bibite, utilizzare telefonini, i quali devono essere preferibilmente spenti.
E' sconsigliato l'uso di cosmetici, è obbligatorio l'utilizzo della divisa specifica composta da:
- casacca
 - pantalone
 - calzature
 - copricapo
 - mascherina
- b) L'accesso nelle Sale Operatorie è consentito esclusivamente alla equipe chirurgica e agli operatori direttamente coinvolti nelle attività chirurgiche in corso e vi devono permanere, salvo particolari situazioni, per tutta la durata della procedura chirurgica.
- c) Gli operatori, preventivamente autorizzati, che vi accedono per motivi tecnici devono, quando richiesta la loro presenza, permanervi solo il tempo strettamente necessario per lo svolgimento delle attività.
- d) Le porte di accesso alle sale operatorie durante le procedure chirurgiche vanno sempre tenute chiuse.
- 6.8 **Specialist di prodotto:**
la presenza dell' assistente "**Tecnico Specialistico**" in sala Operatoria deve essere tassativamente richiesta dal Chirurgo e subordinata all'autorizzazione dal Responsabile dell'UO. Possono accedere al Blocco Operatorio gli Specialist di prodotto che a seguito di dichiarazione dell'Azienda sono titolati dal punto di vista professionale e in possesso di polizza infortuni e responsabilità civile. L'accesso alle Sale Operatorie è consentito solo quando richiesta esplicitamente la loro presenza e devono permanervi il tempo strettamente necessario per lo svolgimento delle funzioni tecniche richieste. Gli Specialist di prodotto che utilizzano strumentari e materiali impiantabili non in dotazione al Blocco Operatorio e che non transitano nella Farmacia del Presidio Ospedaliero devono osservare le seguenti modalità di consegna e di ritiro:
- a) I set di base del materiale impiantabile in confezioni singole sterili che non transitano nella Farmacia del Presidio Ospedaliero devono pervenire al Blocco Operatorio, previo accordo con il Coordinatore BO, non prima del giorno precedente l'intervento.
- b) I set di base del materiale impiantabile risterilizzabile devono pervenire al Blocco Operatorio due giorni prima dell'intervento corredati di apposito box dedicato idoneo per la sterilizzazione.
- c) La responsabilità della verifica e della gestione, prima e dopo la procedura chirurgica dei materiali impiantabili indicati ai punti "a e b" è a carico dello Specialist.
- d) Il ritiro dei set di base, precedentemente forniti in confezioni sterili monouso, meno l'impianto, dovrà avvenire dopo la procedura chirurgica.
- e) Il ritiro dei set di base dello strumentario e dei set di base dei materiali impiantabili risterilizzabili dovrà avvenire il giorno successivo l'intervento chirurgico.
- f) Lo strumentario e/o il set di base risterilizzabile viene accettato, come previsto dalla normativa vigente, solo se è stato sottoposto ad un processo di decontaminazione lavaggio e sterilizzazione certificato, successivo all' ultimo utilizzo (non è richiesto all' atto

della consegna il confezionamento sterile) deve essere inoltre corredato di scheda tecnica fornita dal fabbricante.

- g) Lo strumentario viene reso dopo essere stato sottoposto ad un processo di decontaminazione, lavaggio e sterilizzazione certificato.

L'utilizzo di apparecchiature Elettromedicali non inserite nell'inventario Ospedaliero, durante le procedure chirurgiche, può avvenire solo previa autorizzazione del Direttore del Presidio Ospedaliero ed è subordinata, come previsto dalla normativa vigente, alla verifica da parte del servizio tecnico preposto.

6.9 Visitatori Ospiti:

L'accesso al Blocco Operatorio di operatori e persone, che non hanno funzioni specifiche nelle attività in corso, ma che per ragioni legali e di sicurezza, religione, lingua, o altri giustificati motivi è richiesta la loro presenza, è consentito previa autorizzazione del Responsabile del Blocco Operatorio e del Direttore del Presidio Ospedaliero che, in situazione di emergenza, delega il responsabile dell'equipe. Il loro accesso all'interno del Blocco Operatorio avviene utilizzando abbigliamento specifico, la loro permanenza è limitata alle zone esterne le sale operatorie ed è subordinata, su indicazione del Coordinatore del BO, alle attività in corso.

6.10 Equipe Operatoria:

La preparazione dell'equipe chirurgica prevede l'adozione di misure specifiche atte a prevenire la trasmissione di microrganismi. Occorre effettuare correttamente il lavaggio chirurgico delle mani, utilizzare guanti e camici sterili. I guanti devono essere sostituiti immediatamente quando danneggiati o contaminati da contatti esterni; è consigliabile l'utilizzo di doppi guanti in caso di interventi su strutture ossee. Sono da preferire camici ad elevata impermeabilità per gli interventi che possano prevedere un alto rischio di infezione per il paziente o che presuppongano contatti con cospicue quantità di fluidi organici o di lavaggio.

- Prima di ogni intervento: strumentista:

- sostituire la mascherina
- indossare occhiali o scemo facciale
- effettuare il lavaggio chirurgico delle mani nella zona specificatamente dedicata, evitando di allontanarsi da detta zona durante la procedura
- asciugarsi le mani con teli sterili monouso ed indossare il camice sterile in sala operatoria
- indossare guanti sterili
- preparare lo strumentario chirurgico necessario
- sostituire il camice sterile in sala operatoria
- sostituire i guanti sterili

- Prima di ogni intervento: operatori:

- sostituire la mascherina
- indossare occhiali o scemo facciale
- effettuare il lavaggio chirurgico delle mani nella zona specificatamente dedicata, evitando di allontanarsi da detta zona durante la procedura
- asciugarsi le mani con teli sterili monouso ed indossare il camice sterile in sala operatoria
- indossare guanti sterili

L'ingresso dell'equipe chirurgica in sala operatoria è consigliabile solo quando il paziente è correttamente posizionato sul tavolo operatorio.

6.11 Rispetto dei tempi di sanificazione:

Non entrare in Sala Operatoria finchè la sanificazione non è completata e il pavimento è asciutto.

7. Responsabilità applicazione:

Il Responsabile dell'UOS e il Coordinatore del Blocco Operatorio (o di un suo sostituto) hanno la responsabilità di vigilare sulla corretta applicazione delle norme citate nel presente documento.

8. Modifiche e revisioni:

Sono previste modifiche qualora intervengano sostanziali variazioni delle esigenze organizzative o criticità.

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
ASL n° 6 Medio Campidano
Dipartimento Chirurgia

 Servizio: Blocco Operatorio

 Oggetto: Attività Operatoria

LUNEDI				MARTEDI				MERCOLEDI				GIOVEDI				VENERDI			
A	08,30-15,00	Chirurgia		A	08,30-15,00	Ortopedia		A	08,30-15,00	Ost-Gin		A	08,30-15,00	Ortopedia		A	08,30-15,00	Chirurgia	
B	08,30-14,30	Chirurgia		B	08,30-15,00	Ortopedia		B	08,30-15,00	Ost-Gin		B	08,30-15,00	Ortopedia		B	08,30-15,00	Chirurgia	
C	08,30-15,00	Libera		C	08,30-15,00	Ort Locali		C	08,30-15,00	Urologia		C	08,30-15,00	Ort Locali		C	08,30-15,00	Libera	
D	08,30-15,00	Urgenza		D	08,30-15,00	Urgenza		D	08,30-15,00	Urgenza		D	08,30-15,00	Urgenza		D	08,30-15,00	Endoscopia	
A	15,00-17,00	Chirurgia		A	15,00-17,00	Ortopedia		A	15,00-17,00	Ostetricia		A	15,00-17,00	Ortopedia		A	15,00-17,00	Chirurgia	
B	15,00-20,00	Urgenza		B	15,00-20,00	Libera		B	15,00-20,00	Libera		B	15,00-20,00	Libera		B	15,00-20,00	Libera	
C	15,00-20,00	Libera		C	15,00-20,00	Libera		C	15,00-20,00	Libera		C	15,00-20,00	Libera		C	15,00-20,00	Libera	
D	15,00-18,30	Ocullistica		D	15,00-20,00	Urgenza		D	15,00-20,00	Urgenza		D	15,00-20,00	Urgenza		D	15,00-20,00	Urgenza	
SABATO DOMENICA																			
A	07,00/24,00-24,00/07,00			Urgenza															
B	07,00/24,00-24,00/07,00			Urgenza															
C	07,00/24,00-24,00/07,00			Urgenza															
D	07,00/24,00-24,00/07,00			Urgenza															
Note																			

San Gavino _____

Il Comitato di Sala Operatoria:

Direttore Presidio Ospedaliero
 Direttore Dipartimento di Chirurgia
 Responsabile U.O.S. di Sala Operatoria
 Direttore Servizio di Anestesia e rianimazione
 Direttore del Servizio Professioni Sanitarie
 Coordinatore BO

Dipartimento di Chirurgia allegato n. 2 al Regolamento del Blocco Operatorio

TIPO DI DOCUMENTO	ISTRUZIONE OPERATIVA
TITOLO	CONTEGGIO SISTEMATICO DEI PRESIDI DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI NEL SITO OPERATORIO

Redazione		Data	Verifica
Responsabile UOS:	Dott. Giuseppe Cocco	29 02 12	Comitato BO Direttore Presidio Ospedaliero Direttore Dipartimento di Chirurgia Responsabile U.O.S. di Sala Operatoria Direttore Servizio di Anestesia e Rianimazione Direttore del Servizio delle Professioni Sanitarie Coordinatore delle Professioni sanitarie del Blocco Operatorio
Coordinatore BO:	Marco Ara		
Infermiera:	Maria Grazia cara		
Infermiera:	Maurizio Mele		

Data di applicazione:	Delibera n°	Del:
Revisione n° 0	Data:	

Indice

1. Premessa
2. Scopo/Obiettivi
3. Riferimenti normativi
4. Campo di applicazione
5. Modifiche e revisioni
6. Definizioni e terminologia
7. Modalità operative/Sequenza attività
8. Matrice delle responsabilità
9. Diagramma di flusso
10. Allegati

1. Premessa

La sicurezza dei pazienti è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario si pone. Rispetto ad altri settori, la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca che caratterizza tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici, numero di professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti e l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti. Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell' équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere devono assicurare un clima sereno di collaborazione e di interazione, indispensabile per prevenire incidenti operatori.

La ritenzione non intenzionale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto e riportato in letteratura. Delinea un importante evento sentinella che può e deve essere prevenuto. Nonostante non si disponga di dati ufficiali di incidenza, si stima che tale fenomeno si verifichi 1 volta ogni 1000 – 3000 procedure chirurgiche all'anno. Alcuni dei fattori che ostacolano la segnalazione dell'evento possono essere la frequente scarsità di sintomi, l'insufficiente documentazione dei casi diagnosticati, la difficoltà di diagnosi e la scarsa propensione alla segnalazione spontanea. Il materiale più frequentemente ritenuto è rappresentato da garze e da strumentario chirurgico, ad esempio aghi, bisturi, adattatori elettrochirurgici, pinze o loro parti.

La maggior parte degli eventi riportati in letteratura riguarda interventi di chirurgia addominale, toracica e parto cesareo.

I principali fattori di rischio riportati in letteratura sono:

- procedure chirurgiche effettuate in emergenza
- cambiamenti inaspettati e quindi non programmati delle procedure durante l'intervento chirurgico
- obesità
- interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica
- complessità dell'intervento

- fatica o stanchezza dell'équipe chirurgica
- situazioni che favoriscono l'errore di conteggio (es. garze attaccate tra loro)
- mancanza di una procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze
- mancato controllo dell'integrità dei materiali degli strumentari e dei presidi al termine dell'uso chirurgico.

2. Scopo/Obiettivi

Promuovere un approccio di massima collaborazione tra gli operatori, finalizzato alla sicurezza del paziente, è uno degli obiettivi della presente **"istruzione operativa"**, il dialogo tra i componenti dell'équipe aiuta ad identificare le "migliori pratiche, attuarle e diffonderle.

Lo scopo principale è quello di:

- Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Standardizzare procedure sistematiche di comportamento nelle operazioni di conteggio e verifica degli strumenti e dei presidi utilizzati durante le procedure chirurgiche.

3. Riferimenti normativi

In osservanza del programma avviato a livello mondiale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Safe Surgery Saves Lives" e delle linee guida internazionali "Guidelines for Safe SAurgery", con la presente **"Istruzione Operativa"** si recepiscono alcune direttive emanate dal Ministero della Salute del lavoro e delle Politiche Sociali, attraverso il "Manuale per la Sicurezza" in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" dell' ottobre 2009 ed in particolare dell'obiettivo specifico, di cui al punto 4.2 di tale documento, denominato "Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico".

4. Campo di applicazione

La presente istruzione operativa riguarda il Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero deve essere osservata da tutti gli operatori sanitari che esercitano nell'unità operativa.

Si applica a garze, bisturi, aghi e ad ogni altro materiale o strumento, utilizzato nel corso dell'intervento chirurgico.

5. Modifiche e revisioni

Trattandosi di Istruzione Operatoria con revisione 0 non vi sono modifiche. Sono previste modifiche qualora intervengano sostanziali variazioni delle esigenze organizzative e delle evidenze scientifiche.

6. Definizioni/Terminologia

- Blocco Operatorio

Si intende per Blocco Operatorio le Sale Operatorie propriamente dette in cui vengono eseguiti interventi Chirurgici, i locali attigui, gli spazi attigui e tutti gli ambienti che concorrono direttamente o indirettamente allo svolgimento dell' attività operatoria.

- Sala Operatoria

Area del blocco operatorio dove vengono eseguiti gli interventi chirurgici.

- Interventi chirurgici

Si definiscono interventi chirurgici "tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore".

- Equipe operatoria

L 'équipe operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici è attribuibile al chirurgo responsabile.

- Chirurgo Responsabile

E' il medico chirurgo (Capo Equipe) che definisce le modalità operative e procedurali durante la fase pre-operatoria, peri-operatoria e post-operatoria. E' identificato nella figura del 1° operatore.

- Chirurgo Responsabile

E' il medico chirurgo (Capo Equipe) che definisce le modalità operative e procedurali durante la fase pre-operatoria, peri-operatoria e post-operatoria. E' identificato nella figura del 1° operatore.

- **Infermiere Strumentista**
E' il professionista sanitario responsabile della preparazione e del mantenimento della sterilità del Campo Operatorio e della rilevazione di eventuali manovre o movimenti non sterili eseguiti anche dagli altri componenti dell'équipe chirurgica nel corso dell'intervento, della sterilità del contenuto del tavolino chirurgico, del sostegno tecnico-infermieristico durante tutte le fasi della procedura chirurgica, della vestizione sterile del chirurgo, della scelta dei ferri chirurgici e dei fili (in collaborazione con il chirurgo), della conoscenza e del rispetto dei tempi chirurgici "sporchi" e "puliti" e in collaborazione con il chirurgo, con l'infermiere fuori campo e con gli altri componenti dell'équipe, del conteggio delle garze, degli strumentari chirurgici e dei presidi utilizzati.
- **Infermiere Fuori Campo**
E' il professionista sanitario responsabile dell'assistenza all'infermiere strumentista e all' équipe chirurgica nella sala operatoria dove si svolge la procedura chirurgica durante la fase peri-operatoria ed intra-operatoria. Ha il compito di collaborare con l'infermiere strumentista e con i chirurghi, si avvale della collaborazione dell' OSS nella preparazione del paziente, delle apparecchiature del materiale e dei presidi necessari per lo svolgimento della seduta operatoria, regola l'accesso nella sala operatoria delle persone non coinvolte nelle procedure chirurgiche ed infine coordina le operazioni di riordino e sanificazione della sala operatoria.
- **Campo Operatorio**
Zona sterile, appropriata sul paziente tramite teleria specifica per intervento, che delimita e protegge l'area dell'incisione chirurgica e al tempo stesso l'équipe dal contatto con liquidi organici e sangue del paziente.
- **Dispositivo**
Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto utilizzato da solo o in combinazione, destinato ad essere impiegato a scopo di diagnosi, cura, prevenzione, controllo, terapia sul paziente.
- **Garze Radiopache**
Tessuti sterili di cotone con un filo di bario intrecciato nella trama.
Le varie tipologie si distinguono per convenzione in questo Blocco Operatorio in:
 - a) **Tamponi:** laparotomiche di garza idrofila di puro cotone a 4 strati di cm. 25X25;
 - b) **Pezze:** laparotomiche di garza idrofila di puro cotone a 4 strati di cm. 40X25;
 - c) **Lunghette:** laparotomiche di garza idrofila di puro cotone a 4 strati di cm. 3X40;
 - d) **Palline:** tampone rotondeggiante, di garza idrofila ripiegata su se stessa, di puro cotone a 4 strati Ø mm 40.
- **Filo da sutura con ago**
Filo da sutura di diverse lunghezze e composizione con ago metallico montato di dimensioni variabili, con punta conica o lanceolata.
- **Ago libero**
Ago di dimensioni variabili, a punta conica o lanciata, utilizzabile con filo da sutura libero di diverse lunghezze o composizione

7. Modalità Operative

Il clima di lavoro all'interno della Sala Operatoria deve favorire una comunicazione e una collaborazione libera ed efficace che coinvolga l'intera équipe chirurgica, affinché tutti i componenti siano nelle condizioni ottimali per comunicare ogni dubbio circa eventuali discordanze di conteggio.

ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PREVENZIONE DELLA RITENZIONE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO DI: GARZE, BISTURI, AGHI, STRUMENTI O ALTRI DISPOSITIVI UTILIZZATI NEL CORSO DELL'INTERVENTO, PER IL CONTEGGIO SISTEMATICO E PER IL CONTROLLO DELLA LORO INTEGRITÀ.

Vengono esclusi dal conteggio gli strumentari e i dispositivi non utilizzati nel campo operatorio. Il conteggio sistematico e il controllo dell'integrità deve essere effettuato ogni volta che si eseguono interventi chirurgici che comportano l'apertura della cavità peritoneale, retro peritoneale, pelvica o toracica, nei quali è previsto l'utilizzo di garze, strumenti o altri dispositivi che potrebbero essere ritenuti all'interno del paziente e deve essere eseguito nelle seguenti fasi:

- a) **prima di iniziare l'intervento chirurgica (conta iniziale)**
- b) **durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità**

- c) prima di chiudere la ferita o cavità
- d) alla chiusura della cute o al termine della procedura (conteggio finale)
- e) al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere strumentista o fuori campo o del chirurgo responsabile dell'equipe
- f) la procedura di conteggio deve essere eseguita da due operatori contemporaneamente, infermiere, strumentista, infermiere fuori campo e con il coinvolgimento del chirurgo responsabile
- g) la procedura di conteggio deve essere effettuata a voce alta
- h) tutti gli strumenti, garze o altro materiale aggiunti nel corso dell'intervento devono essere immediatamente controllati, conteggiati e registrati nella documentazione operatoria (allegato A)
- i) devono essere utilizzati contenitori per le garze sterili usate per l'intervento chirurgico, differenziati rispetto ai contenitori che raccolgono altre garze o altro materiale di sala operatoria
- l) relativamente al conteggio iniziale delle garze, degli strumentari o dei dispositivi deve essere verificato che il numero contenuto all'interno delle confezioni sia corrispondente a quanto indicato sugli appositi adesivi contando singolarmente ogni garza e/o strumento e/o dispositivo e riportandone il numero esatto sull'apposita scheda (allegato A) su cui verranno apposti tutti gli adesivi contenuti nelle confezioni stesse, per la rintracciabilità di ognuna d esse, compresa quella apposta esternamente al container dello strumentario
- m) il conteggio iniziale stabilisce la base per i successivi conteggi

Prima della chiusura della ferita il chirurgo verifica che i conteggi siano stati eseguiti, che il totale di garze di strumenti e di presidi utilizzati e rimanenti corrisponda a quelli ricevuti e/o utilizzati prima e durante l'intervento.

L'avvenuta esecuzione del conteggio finale, le concordanze e le discrepanze, devono essere comunicate, in modo chiaro specificando le diverse tipologie dei dispositivi utilizzati, a tutti i componenti dell'equipe chirurgica, dall'infermiere fuori campo e dall'infermiere strumentista.

Nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio ovvero sia rilevata una mancanza di integrità di strumenti e materiali occorre:

- segnalare l'incongruenza al chirurgo
- procedere nuovamente alla conta del materiale mancante
- ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati)
- ispezionare il sito operatorio
- effettuare la radiografia intraoperatoria con relativa lettura, prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria
- registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere nella documentazione operatoria del paziente e nel registro di non conformità

La scheda di cui all'allegato "A", debitamente firmata dagli esecutori del conteggio e controfirmata dal 1° chirurgo operatore è parte integrante della documentazione clinica del paziente.

7.1 Conteggio liquidi e aspirati biologici

I quantitativi di soluzione di lavaggio e gli aspirati biologici raccolti negli appositi contenitori sono conteggiati dall'infermiere fuori campo e riportati nell'allegato "A".

8. Matrice delle responsabilità

Figure responsabili		Infermiere Strumentista	Chirurgo responsabile dell' equipe	Infermiere fuori campo
	Attività			
1	Prima di iniziare l'intervento chirurgico conta iniziale delle garze e controllo integrità strumentario (il conteggio deve essere effettuato a voce alta)	R	C	C
2	Durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità (conteggio garze)	R	R	C
3	Prima di chiudere la ferita il chirurgo si accerta verbalmente che il conteggio (garze, aghi, strumentario) sia stato eseguito e che il totale dei dispositivi utilizzati e rimanenti corrisponda a quello dei materiali ricevuti, prima e durante l'intervento	R	R	C
4	Alla chiusura della cute o al termine della procedura (garze, aghi, strumentario)	R	C	C
5	Al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere (garze, aghi, strumentario)	R	R	C
6	Al momento dell'eventuale cambio del chirurgo responsabile dell'equipe (garze, aghi, strumentario)	C	R	C
7	Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo	R	C	C
8	Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo	R	C	C

R= Responsabile C=Corresponsabile

9. Allegati

Scheda di rilevazione utilizzo dispositivi e conteggio garze



ASL Sanluri

Sala Operatoria: Stampato Conteggio tessili e materiali

(Allegato A IO n°3) Seduta Operatoria del

Unità Operativa:

Paziente: Cognome

1° Operatore:

Inf Strumentista:

Firma:

Cognome

Inf Fuori campo:

Firma:

Tamponi (25x25)

Pezze laparotomiche (40x40)

Palline (Ø40mm)

Lunghette (3x40)

Aghi:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Firma 1° operatore

ALLEGATO 3 ALLA DEL. N° 604 del 29.08.2012

Dipartimento di chirurgia allegato n° 3 al Regolamento del Blocco Operatorio

TIPO DI DOCUMENTO	ISTRUZIONE OPERATIVA
TITOLO	TRASPORTO DEI PAZIENTI PRIMA E DOPO INTERVENTO CHIRURGICO DURANTE L'ATTIVITA' OPERATORIA PROGRAMMATA

Redazione		Verifica	
Responsabile UOS Dott. Giuseppe Cocco		Data	Comitato BO
Coordinatore BO: Marco Ara		29 02 12	Direttore Presidio Ospedaliero, Direttore dipartimento di Chirurgia Responsabile U.O.S. di Sala Operatoria Direttore servizio di Anestesia e Rianimazione Direttore del Servizio delle professioni Sanitarie Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Blocco Operatorio
Infermiera: Luisa Fadda			
Infermiere: Viridis Roberto			

Data di applicazione:	Delibera n°	data:
Revisione N° 0	Data:	

Indice

1. Premessa
2. Scopo/Obiettivi
3. Riferimenti normativi
4. Campo di applicazione
5. Modifiche e revisioni
6. Definizioni/terminologia
7. Modalità operative/sequenza attività
8. Allegati

1. Premessa

Il trasporto di un paziente nel blocco operatorio rappresenta un momento importante dell'assistenza sanitaria che richiede una gestione articolata e complessa e competenze specifiche. Il trasporto sanitario avviene essenzialmente in condizione ordinaria programmabile e in condizione di urgenza.

E' importante sancire le modalità di espletamento di tali momenti per garantire la sicurezza del paziente e l'operatività dei reparti. Questa Istruzione Operativa si indirizza al trasporto di un paziente in condizione ordinaria programmabile e di norma affidato al personale OSS, in quanto le distanze tra i reparti di degenza chirurgici e il blocco operatorio sono minime.

2. Obiettivi

- Garantire il trasporto sicuro dei pazienti diretti o provenienti dal reparto o dal Blocco Operatorio prima e dopo l'intervento chirurgico durante l'attività chirurgica programmata
- Prevenire il rischio di errore nei cambiamenti inaspettati del programma operatorio
- Garantire una corretta identificazione del paziente e del sito Chirurgico
- Garantire percorsi e modalità standardizzate per il trasporto dei pazienti .

3. Riferimenti normativi

Raccomandazioni Ministero della salute, riferimenti a requisiti presenti nella D.C.R. n° 616 – 3149 (Requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private)

4. Campo di applicazione

Riguarda Pazienti in qualsiasi situazione di vita e di qualsiasi età, di diversa estrazione socioculturale e diverso stato di salute fisica e/o psichica ed è rivolta al personale Infermieristico e al personale Oss, si applica :

- All'attività chirurgica programmata
- All'attività chirurgica d'urgenza



5. *Modifiche e revisioni*

Trattandosi di Istruzione Operativa (IO) con revisione "0" non vi sono modifiche. Sono previste modifiche qualora intervengano sostanziali variazioni delle esigenze organizzative o criticità

6. *Definizioni/terminologia*

- **Infermiere "Fuori sala"** E' il professionista sanitario che svolge funzioni tecniche-infermieristiche di collegamento e coordinamento tra attività svolte all'interno delle Sale Operatorie, il Blocco Operatorio e l'infermiere di reparto dedicato al programma operatorio, si occupa inoltre di gestire, in collaborazione con l'Anestesista e il Coordinatore del BO l'affluenza dei pazienti al Blocco Operatorio.
- **Infermiere di reparto dedicato alla lista operatoria:**
Il coordinatore SPS o suo delegato.
- **Operatore Socio Sanitario:** l'Operatore socio sanitario (Oss) è una figura sanitaria di supporto che svolge funzioni tecnico-sanitarie sotto la supervisione diretta dell'infermiere.
- **Blocco Operatorio:** si intende per Blocco Operatorio oltre alle Sale Operatorie propriamente dette, in cui vengono eseguiti interventi Chirurgici, i locali attigui, gli spazi attigui e tutti gli ambienti che concorrono direttamente o indirettamente allo svolgimento dell'attività operatoria.
- **Sala Operatoria:** area del blocco operatorio dove vengono eseguiti gli interventi chirurgici.
- **Interventi chirurgici:** Si definiscono interventi chirurgici "tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore".
- **Sala osservazione:** sala operatoria normalmente utilizzata per l'attività programmata e d'urgenza, impiegata in particolari situazioni dall'anestesista per l'osservazione clinica post operatoria.

7. *Modalità operative/sequenza attività:*

La seguente Istruzione operativa regola la movimentazione continua dei degenti ricoverati e/o in day-surgery diretti e provenienti dalle Unità operative e dal Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero per le attività chirurgiche programmate. Di norma durante l'attività chirurgica programmata questo compito è svolto dall'Oss. Essendo un'attività "frequente" consente all'Oss di acquisire e mantenere la competenza necessaria per svolgerla in quanto, non comporta prestazioni diagnostico/terapeutiche, è standardizzabile, è supervisionabile prima dall'infermiere di sala operatoria, e dopo dall'infermiere di reparto.

7.1 **Trasporto del paziente prima dell'intervento chirurgico:**

L'accesso dei pazienti al Blocco Operatorio, per ragioni di sicurezza, deve avvenire esclusivamente mediante l'utilizzo delle barelle dedicate, non è consentito l'accesso con altre modalità. L'accesso con letti è possibile solo in casi particolari (politraumi) e deve essere preventivamente comunicato/autorizzato.

Il trasporto del paziente, durante l'attività chirurgica programmata, dal reparto al Blocco Operatorio, svolto di norma dall'OSS, deve avvenire, secondo quanto stabilito dal programma operatorio, prima dell'inizio della seduta operatoria e successivamente prima del termine dell'intervento precedente. Il consenso per la preparazione del paziente e il trasporto del paziente successivo al primo intervento deve essere dato dal Medico Anestesista all'infermiere fuori sala.

L'equipe dedicata al trasporto deve conoscere l'esatta sequenza del programma operatorio, la diagnosi ed altre informazioni utili alla corretta identificazione del paziente (cognome, nome, età, sesso ecc) e del sito operatorio, deve essere inoltre informato dal coordinatore dell'UO o dall'infermiere del reparto (dedicato all'attività operatoria), o dal medico di guardia, su eventuali prescrizioni o limitazioni da osservare durante il trasporto e/o da comunicare al personale preposto alla presa in carico del paziente nel Blocco Operatorio. Il paziente deve essere adeguatamente informato sulle procedure inerenti le fasi di trasporto. L' Oss si avvale per la rilevazioni delle informazioni di una scheda (allegato A) contenente una cronologia di istruzioni e informazioni da utilizzare per l'identificazione del paziente e del sito operatorio. La presa in carico del paziente e della documentazione clinica, da parte del personale preposto al trasporto deve avvenire in presenza dell'infermiere di reparto dedicato all'attività operatoria.

Durante il trasporto le spondine della barella devono essere sempre alzate.

Nel blocco Operatorio il paziente viene preso in carico dall'infermiere di anestesia, in sua assenza dal l'infermiere fuori sala

**7.2 Permanenza in Osservazione**

Dopo l'intervento chirurgico, sulla base delle condizioni cliniche generali il medico anestesista può decidere di proseguire l'osservazione clinica del paziente per un tempo variabile.

L'osservazione e la responsabilità del paziente durante la permanenza nella sala osservazione è a carico del medico anestesista e dell'infermiere di anestesia, ciascuno per la parte di competenza.

Se le condizioni del paziente sono stabilizzate il medico anestesista dispone l'invio in reparto; in caso contrario valuta l'opportunità di trasferirlo in Area critica.

Nel primo caso l'informazione viene trasferita all'infermiere fuori sala, che predispone per l'accompagnamento; nel secondo caso l'anestesista in prima persona prende contatti con l'Area critica e predispone il trasferimento.

Nel caso l'anestesista ritenesse opportuno, durante il trasporto del paziente in reparto, della presenza di una figura infermieristica, queste dovrà essere rappresentata dall'infermiere di reparto di provenienza.

7.3 Trasporto del paziente dopo l'intervento chirurgico

Dopo l'intervento chirurgico il medico anestesista, sulla base delle condizioni cliniche generali del paziente, comunica all'infermiere "fuori sala" il parere favorevole per il trasporto del paziente con la documentazione clinica, dal Blocco Operatorio al reparto di provenienza. Durante il trasporto l'Oss, o l'infermiere se presente, tengono sotto controllo continuamente le condizioni del paziente osservando eventuali segni di alterazione. L'Oss deve essere inoltre adeguatamente informato su eventuali prescrizioni o limitazioni da osservare durante il trasporto.

Durante il trasporto le spondine della barella devono essere sempre alzate.

7.4 Sequenza delle attività:

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
1	Blocco Operatorio 2 Oss in servizio	BO	Prima dell'inizio dell'attività operatoria e negli orari prestabiliti predispone e consegna all'UO Chirurgica le barelle dedicate per il trasporto dei pazienti
		UO chirurgica	Esegue la preparazione del paziente e lo posiziona sulla barella
		BO	La presa in carico del paziente e della documentazione clinica da parte del personale preposto al trasporto prima dell'intervento chirurgico deve avvenire in presenza dell'infermiere di reparto dedicato all'attività operatoria. Il personale preposto al trasporto a) Esegue la procedura di verifica > esito positivo > Effettua il trasporto b) Esegue la procedura di verifica > esito negativo > Non effettua il trasporto Informa l'infermiere di reparto dedicato alla lista operatoria e il Coordinatore BO (in sua assenza Infermiere fuori sala)
		UO chirurgica	Successivamente al primo paziente esegue la preparazione, cura il rifacimento e il posizionamento del paziente successivo sulla barella La presa in carico del paziente e della documentazione clinica da parte del personale preposto al trasporto deve avvenire in presenza dell'infermiere di reparto dedicato all'attività operatoria.
		BO	Il personale preposto al trasporto a) Esegue la procedura di verifica > esito positivo > Effettua il trasporto b) Esegue la procedura di verifica > esito negativo > Non effettua il trasporto Informa l'infermiere di reparto dedicato alla lista operatoria e il coordinatore BO (in sua assenza Infermiere fuori sala)
		BO	Dopo l'intervento chirurgico, il personale che ha effettuato il trasporto affida il paziente e la sua documentazione all'infermiere del reparto dedicato all'attività operatoria, che lo prende in carico, comunicandogli qualsiasi alterazione osservata durante il trasferimento
		BO	Durante il trasporto del paziente non sono ammesse soste non previste deviazioni non concordate o la mancata reperibilità con i mezzi tecnici previsti.



2	Blocco Operatorio 1 Oss in servizio	BO	Prima dell'inizio dell'attività operatoria e negli orari prestabiliti predispone e consegna all'UO Chirurgica le barelle dedicate per il trasporto dei pazienti (una se l'attività si svolge su una sala operatoria o due se l'attività si svolge su due sale operatorie).
		UO chirurgica	Il personale del reparto esegue la preparazione del paziente e lo posiziona sulla barella
		BO	- Eseguce la procedura di verifica > esito positivo > Effettua il trasporto in collaborazione con un operatore dell'U.O. di provenienza del paziente - Eseguce la procedura di verifica > esito negativo > Non effettua il trasporto Informa l'infermiere di reparto dedicato alla lista operatoria e il coordinatore BO (in sua assenza Infermiere fuori sala)
		UO chirurgica	Successivamente al primo paziente se l'attività si svolge su una Sala operatoria o ai primi due se l'attività si svolge su due sale operatorie, il personale del reparto esegue la preparazione dei pazienti, cura il rifacimento e il posizionamento del paziente sulla barella e gestisce il trasporto. Il paziente accede al Blocco Operatorio con la documentazione clinica.
		BO	L'infermiere di anestesia e /o l'infermiere fuori sala accolgono il paziente, eseguono per quanto di loro competenza la procedura di verifica: > esito positivo > prendono in carico il paziente > esito negativo > Informano il coordinatore BO
		UO chirurgica	Dopo l'intervento chirurgico, l'anestesista o l'infermiere di anestesia ognuno per sua competenza affida il paziente e la sua documentazione clinica al personale dell'UO di provenienza, che lo prende in carico.

Modalità di esecuzione della procedura di verifica da eseguire prima della presa in carico del paziente Allegato A	
- UO chirurgica - Oss BO	Il personale infermieristico dell'UO Chirurgica deve comunicare, al momento della presa in carico del paziente, il nome e il cognome l'età e il sesso, all'Operatore addetto al trasporto che deve verificarli chiedendoli al paziente e riscontrando la corrispondenza delle risposte fornite con la documentazione clinica e sul programma operatorio. L'operatore deve inoltre verificare la corrispondenza del sito operatorio, l'avvenuta esecuzione, se prescritta ,della tricotomia, l'eventuale presenza di monili anelli e/o oggetti metallici di qualsiasi genere, protesi dentarie, presenza di smalto sulle unghie e l'igiene del pz.
U.O Blocco Operatorio Urgenza	Le attività di trasporto del paziente da parte del personale OSS del Blocco Operatorio possono essere interrotte, a discrezione del coordinatore del Blocco operatorio, nel caso si succedano durante la seduta operatoria programmata attività d'urgenza che comportano sia l'aumento del numero delle sale attive che un maggiore apporto di risorse umane La preparazione, il trasporto, la verifica, il controllo e la gestione dei pazienti che accedono al blocco operatorio in regime d'urgenza sono a carico dell'UO di provenienza.

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura viene fatto attraverso il registro delle non conformità dal coordinatore infermieristico BO

10. Allegati

Scheda rilevazione dati paziente



ASL Sanluri

Blocco Operatorio :
 Procedura di verifica per la presa in carico
 del paziente

IL PERSONALE PREPOSTO AL TRASPORTO ESEGUE CON L'INFERMIERE DI REPARTO DEDICATO ALLA LISTA OPERATORIA LA PROCEDURA DI VERIFICA	
DOCUMENTAZIONE CLINICA	TRICOTOMIA
COGNOME E NOME DEL PZ	PRESENZA DI: - ACCESSORI PER ABBIGLIAMENTO - MONILI- ANELLI- PIERCING E/O OGGETTI METALLICI DI QUALSIASI GENERE
ETA' E/O DATA DI NASCITA'	- PROTESI DENTARIE MOBILI
DIAGNOSI	- SMALTO SULLE UNGHIE
CORRISPONDENZA CRONOLOGICA SULLA LISTA OPERATORIA	- IGIENE
VERIFICA POSITIVA > EFFETTUA IL TRASPORTO	
VERIFICA NEGATIVA > NON EFFETTUA IL TRASPORTO - INFORMA IL COORDINATORE DEL BO	



ASLSanluri

Ospedale
N. S. di Bonaria

Dipartimento di Chirurgia
Direttore: **Dott. Giulio Sorrentino**

Servizio: Sala Operatoria

Responsabile: Dott. Giuseppe Cocco

Attività Operatoria programmata: _____ lista Operatoria del: _____
Unità Operativa: _____

Sala A	Cognome	Nome	Letto	Età	Diagnosi	Intervento	Lato	Rx	Equipe	Note
Sala B										
Sala C										
Sala D										

Medico di Guardia del Rep.

Primo Chirurgo presente in S.O.

Responsabile U.O. _____



ASLSanluri

Ospedale
N. S. di Bonaria

Dipartimento di Chirurgia
Direttore: **Dott. Giulio Sorrentino**

Servizio: Sala Operatoria

Responsabile: Dott. Giuseppe Cocco

Attività operatoria d'urgenza del: _____

Unità Operativa: _____

Sala	Cognome	Nome	Letto	Età	Diagnosi	Intervento	Lato	Rx	Equipe	Note

Medico di Guardia del Rep.

Responsabile U.O. _____

REGISTRO MONITORAGGIO TEMPI E NON CONFORMITÀ ATTIVITA' PROGRAMMATA (Allegato n° 5) Non Conformità	
Monitoraggio Tempi	
<p>Seduta operatoria programmata del: _____ Reparto _____</p> <p>1° intervento</p> <p>Arrivo del paziente: _____ / _____</p> <p>Inizio anestesia: _____ / _____</p> <p>Inizio Intervento: _____ / _____</p> <p>Fine Intervento: _____ / _____</p> <p>Uscita del paziente: _____ / _____</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>Attività d'urgenza:</p> <p>Reparto proponente _____ Orario chiamata _____ Livello d'urgenza: _____ Orario arrivo paziente _____ Inizio anestesia _____ Inizio intervento _____ Uscita Paziente _____</p> <p>Compilazione lista operatoria d'urgenza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Attività d'urgenza:</p> <p>Reparto proponente _____ Orario chiamata _____ Livello d'urgenza: _____ Orario arrivo paziente _____ Inizio anestesia _____ Inizio intervento _____ Uscita Paziente _____</p> <p>Compilazione lista operatoria d'urgenza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> </div> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Attività d'urgenza:</p> <p>Reparto proponente _____ Orario chiamata _____ Livello d'urgenza: _____ Orario arrivo paziente _____ Inizio anestesia _____ Inizio intervento _____ Uscita Paziente _____</p> <p>Compilazione lista operatoria d'urgenza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>
<p>Ultimo intervento</p> <p>Arrivo del paziente: _____ / _____</p> <p>Inizio anestesia: _____ / _____</p> <p>Inizio Intervento: _____ / _____</p> <p>Fine Intervento: _____ / _____</p> <p>Uscita del paziente: _____ / _____</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%; border: 1px solid black; height: 50px;"></div> <div style="width: 48%; border: 1px solid black; height: 50px;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Firma Medico _____</p> <p>Firma Coordinatore BO _____</p> </div>

REGISTRO MONITORAGGIO TEMPI E NON CONFORMITA' ATTIVITA D'URGENZA IN PRONTA DISPONIBILITA' (Allegato n° 5)**Monitoraggio Tempi****Non Conformità**

Data : _____ Ora chiamata: _____
Ora di arrivo: _____
Reparto proponente : _____
Chirurgo che effettua la chiamata : _____
Compilazione lista operatoria d'urgenza: si no

Arrivo del paziente: ____/____/____ Firma Infermiere
Inizio anestesia: ____/____/____
Inizio Intervento: ____/____/____
Fine Intervento: ____/____/____
Uscita del paziente: ____/____/____

Data : _____ Ora chiamata: _____
Ora di arrivo: _____
Reparto proponente : _____
Chirurgo che effettua la chiamata : _____
Compilazione lista operatoria d'urgenza: si no

Arrivo del paziente: ____/____/____ Firma Infermiere
Inizio anestesia: ____/____/____
Inizio Intervento: ____/____/____
Fine Intervento: ____/____/____
Uscita del paziente: ____/____/____

Note:

Firma Coordinatore BO

Firma Medico

Dipartimento di chirurgia allegato n° 6 al Regolamento del Blocco Operatorio

TITOLO	LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE ESPOSIZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI
---------------	--

<i>Redazione</i>	<i>Verifica</i>	
<i>Dott. Giuseppe Sechi</i>	<i>Data</i>	<i>Comitato BO</i>
	29 02 12	<i>Direttore Presidio Ospedaliero, Direttore dipartimento di Chirurgia Responsabile U.O.S. di Sala Operatoria Direttore servizio di Anestesia e Rianimazione Direttore del Servizio delle professioni Sanitarie Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Blocco Operatorio</i>

Data di applicazione:	Delibera n°	del:
Revisione n° 0	data:	

Premesso che il D.Lgs 187/2000 all'art. 12 impone che "le indagini ed i trattamenti vengano registrati singolarmente, anche in forma sintetica" si chiede che ciascuna scheda di rilevazione esposizione alle radiazioni ionizzanti venga compilata con chiarezza in tutte le sue parti.

- prima parte : riportare in stampatello i dati del paziente, reparto e tipologia di intervento; numero progressivo della seduta operatoria (riferimento a equipe operatoria su lista operatoria programmata o urgenza);
- seconda parte : riportare, a cura del personale Tecnico di Radiologia presente per quel particolare intervento, i dati tecnici quali: kV, mA, secondi etc. rilevati direttamente sul quadro di comando dell'apparecchio radiologico,
- terza parte : indicare in modo chiaro i nominativi degli operatori presenti durante l'emissione di raggi X e che sono assolutamente impossibilitati a spostarsi durante l'emissione. Una volta trascritti i nominativi degli operatori presenti per quel particolare intervento, il 1° operatore dovrà sbarrare i rimanenti campi non utilizzati;
- quarta parte: secondo quanto previsto dall' art. 2 comma f) del D.Lgs 187/2000 è il medico specialista (1° operatore) che "assume la responsabilità clinica delle esposizioni mediche" è pertanto richiesta, in quanto responsabile dell'intervento, la firma del 1° operatore, nonché del Tecnico di Radiologia per quanto attiene alla registrazione dei dati tecnici (kV ; mA; tempo di scopia).

Quando il registro sarà completamente compilato dovrà essere consegnato alla Direzione Sanitaria che provvederà a fornirne un altro.

San Gavino 29 02 12

ALLEGATO 6 ALLA DEL. N° 604 del 29.08.2012



Blocco Operatorio: RILEVAMENTO DATI DI ESPOSIZIONE PER INDAGINI IN SCOPIA PER SINGOLO PAZIENTE

Kv utilizzati	mA utilizzati	Tempo totale di scopia (sec.)	Distanza (cm)	Componenti dell'equipe	Qualifica	Note:

Kv utilizzati	mA utilizzati	Tempo totale di scopia (sec.)	Distanza (cm)	Componenti dell'equipe	Qualifica	Note:

Kv utilizzati	mA utilizzati	Tempo totale di scopia (sec.)	Distanza (cm)	Componenti dell'equipe	Qualifica	Note:

Kv utilizzati	mA utilizzati	Tempo totale di scopia (sec.)	Distanza (cm)	Componenti dell'equipe	Qualifica	Note:

Kv utilizzati	mA utilizzati	Tempo totale di scopia (sec.)	Distanza (cm)	Componenti dell'equipe	Qualifica	Note:

Blocco Operatorio: RILEVAMENTO DATI DI ESPOSIZIONE PER INDAGINI IN SCOPIA PER SINGOLO PAZIENTE

Numero progressivo	Cognome	Nome	Reparto	Data esame	Tipologia di indagine

Numero progressivo	Cognome	Nome	Reparto	Data esame	Tipologia di indagine

Numero progressivo	Cognome	Nome	Reparto	Data esame	Tipologia di indagine

Numero progressivo	Cognome	Nome	Reparto	Data esame	Tipologia di indagine

Numero progressivo	Cognome	Nome	Reparto	Data esame	Tipologia di indagine

**Dipartimento di chirurgia allegato n° 7 al Regolamento del Blocco Operatorio**

Responsabile U.O.	Dott. Giuseppe Cocco
-------------------	----------------------

Coordinatore BO	ARA Marco
-----------------	-----------

Infermiera	CARA M. Grazia
Infermiera	COCCO Gisella
Infermiera	FADDA Luisa
Infermiere	MELE Maurizio
Infermiera	MELIS Alice
Infermiere	PICCIONI Gianni
Infermiera	RUGGERI Gigliola
Infermiera	SANNA Josetta
Infermiera	SENIS Anna Paola
Infermiera	SOTGIU Donatella
Infermiere	VIRDIS Roberto

Oss	BOI Ovidio
Oss	CAULI Angela Maria
Oss	CAROLA Massimo
Oss	MONTISCI Pietro Antonio

San Gavino 29 02 12

Dipartimento di Chirurgia allegato n. 7 al Regolamento del Blocco Operatorio

Responsabile U.O.	Dr. Giuseppe cocco
-------------------	--------------------

Coordinatore BO	Ara Marco
-----------------	-----------

Infermiera	CARA	M. Grazia
Infermiera	COCCO	Gisella
Infermiera	FADDA	Luisa
Infermiere	MELE	Maurizio
Infermiera	MELIS	Alice
Infermiere	PICCIONI	Gianni
Infermiera	RUGGERI	Gigliola
Infermiera	SANNA	Joseffa
Infermiera	SENI	Anna Paola
Infermiera	SOTGIU	Donatella
Infermiere	VIRDIS	Roberto

Oss	BOI	Ovidio
Oss	CAULI	Angela Maria
Oss	CAROLA	Massimo
Oss	MONTISCI	Pietro Antonio