

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti - C.F. e P.I. 00821180577
Tel. 0746-2781 - PEC:asl.rieti@pec.it - www.asl.rieti.it

Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017

Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 679 del 19 SET. 2018

DIRETTORE SANITARIO

Oggetto: Progetto di Riorganizzazione delle attività chirurgiche ospedaliere e territoriali nella ASL Rieti.

Estensore: Dott.ssa Chiara Borgato

Il Direttore Sanitario sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii..

Data

14/09/2018

Firma

[Signature]
Il Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Rea

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data

Dott.ssa Barbara Proietti

Firma

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole



non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)



Data

17/09/2018

Firma

[Signature]

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Vincenzo Rea

favorevole



non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)



Data

14/09/2018

Firma

[Signature]

IL DIRETTORE SANITARIO

VISTI:

- Il D.Lgs 502/1992 e s.m.i.
- Il DPCM 12.1.2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- il Decreto Ministeriale 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” che riporta una specifica appendice relativa alla Chirurgia ambulatoriale;
- il DCA U00332 del 13.07.2015 “Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post acuzie) con onere a carico del SSR”;
- il DCA U00215 del 15.06.2016 di approvazione del documento “Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici. Disciplina transitoria”;
- il DCA U00254 del 4.07.2017 di modifica ed integrazione del DCA U00215/2016 sovra richiamato;
- i Programmi Operativi 2016/2018, adottati con DCA U00052 del 22.02.2017, che relativamente alla chirurgia ambulatoriale prevedono “l’adeguamento agli standard previsti dal DM 70/2015: diffusione e raccomandazioni per il trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale(chirurgia ambulatoriale APA)”;

RILEVATO che con DCA U00540 del 13.12.2017 la Regione Lazio:

- ha adottato il documento “Riordino delle attività di Chirurgia ambulatoriale”;
- ha stabilito che entro il 30.6.2018 le strutture interessate dovranno concludere il percorso di adeguamento a quanto previsto nel DCA;
- ha modificato ed integrato i DCA U0090 del 10.11.2010, U00215 del 15.6.2016, U00254 del 4.7.2017;

CONSIDERATO che con DCA U00227 del 5.6.2018 sono state effettuate correzioni di errori materiali contenute nel documento approvato con DCA 540/2017, nonché è stato differito al 31.12.2018 il termine entro il quale le strutture interessate dovranno concludere il percorso di adeguamento secondo quanto previsto dal citato DCA 540/2017;

PRESO ATTO che la Regione Lazio, nell’ambito della pianificazione sanitaria regionale, ha individuato quale obiettivo prioritario la razionalizzazione della rete ospedaliera promuovendo il progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale. A tal proposito l’allegato 6b al DPCM 12.1.2017 indica 24 prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di day surgery che possono essere trasferite in regime ambulatoriale;

RILEVATO altresì che il DCA 540/2017 prevede che le prestazioni effettuabili nel setting intraospedaliero possano essere erogate nei Presidi chirurgici di tipo 2 ubicati nelle Case della Salute;

CONSIDERATO che nell’ambito del territorio della ASL Rieti è stata istituita, con decorrenza 1.12.2014, la Casa della Salute di Magliano Sabina secondo le indicazioni di cui al DCA U00040 del 14.2.2014 e DCA U00414 del 26.11.2014, il cui regolamento è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 896 del 31.12.2014;

TENUTO CONTO che la Regione Lazio con nota prot. n. 253608 del 3.5.2018 ricorda che le attività di chirurgia ambulatoriale devono essere conformi alla normativa vigente ed in particolare al recente Decreto del Commissario n. U00540 del 13.12.2017;

CONSIDERATA la volontà della Azienda di promuovere la qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, migliorando in particolare l'appropriatezza organizzativa, orientando l'attività di ricovero verso le forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, è stato elaborato un "*Progetto per la riorganizzazione delle attività chirurgiche ospedaliere e territoriali nella ASL Rieti*" nonché definiti i Regolamenti della "*Chirurgia ambulatoriale complessa nella Casa della Salute di Magliano Sabina*" e del "*Blocco Operatorio*";

DATO ATTO che nell'incontro sindacale del 10.8.2018 è stato esposto il Progetto di riorganizzazione delle attività chirurgiche nonché i regolamenti sovra richiamati;

CHE in data 21.8.18, sulla base delle tempistiche indicate alle OO.SS. per la formulazione di valutazioni/osservazioni a seguito del confronto con gli Operatori, si è tenuto incontro della RSU presso la Direzione Sanitaria Aziendale, nel quale incontro il Direttore Sanitario ha assunto impegno a verificare a 3 ed a 6 mesi i risultati dell'attivazione del Progetto;

RITENUTO per quanto sopra opportuno approvare il "*Progetto per la riorganizzazione delle attività chirurgiche ospedaliere e territoriali nella ASL Rieti*" in uno con il "*Regolamento della Chirurgia ambulatoriale complessa nella Casa della Salute di Magliano Sabina*" ed il "*Regolamento del Blocco Operatorio*" che costituiscono parte integrante della presente delibera;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

VISTO il D.Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

PROPONE

Per tutto quanto in narrativa,

1. DI APPROVARE il "*Progetto per la riorganizzazione delle attività chirurgiche ospedaliere e territoriali nella ASL Rieti*" (All.A), in uno con il "*Regolamento della Chirurgia ambulatoriale complessa nella Casa della Salute di Magliano Sabina*" ed il "*Regolamento del Blocco Operatorio*" che costituisce parte integrante della presente delibera;
2. DI INDIVIDUARE nella Direzione Medica Ospedaliera, nel Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie e nella Dr.ssa Alessandra Ferretti, i referenti per l'attivazione e la sorveglianza del Progetto;
3. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

bu

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

- il Direttore Sanitario sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 20 SET. 2018

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 20 SET. 2018

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale
ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

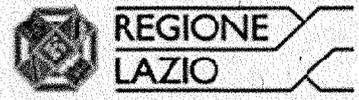
in data 20 SET. 2018

Rieti li 20 SET. 2018

IL FUNZIONARIO



All. A



PROGETTO PER LA
“RIORGANIZZAZIONE DELLE
ATTIVITA’ CHIRURGICHE
OSPEDALIERE E TERRITORIALI”
NELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE
RIETI

ps

PREMESSA E RAZIONALE

Il processo di complessiva riorganizzazione aziendale prevede che siano ridefinite e promosse le rispettive competenze assistenziali del Presidio Ospedaliero San Camillo De Lellis e della Casa della Salute di Magliano Sabina, con conservazione e valorizzazione delle attività chirurgiche esistenti.

Dall'analisi dei flussi di domanda è emersa la necessità di diversificare l'offerta in relazione alla tipologia delle prestazioni così come sotto riportate:

- ricovero in emergenza-urgenza;
- ricovero in elezione in regime ordinario compresa la *week surgery*;
- ricovero in regime di *day surgery*;
- chirurgia ambulatoriale;
- assistenza domiciliare.

Pertanto, la Direzione Aziendale ha inteso avviare UN PERCORSO DI RIMODULAZIONE E DI RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' CHIRURGICHE per step:

- Istituzione di specifici percorsi clinico-organizzativi, per offrire all'utente il massimo livello di accessibilità delle cure ed il supporto assistenziale dall'iniziale presa in carico e fino al completamento dell'intero *iter* diagnostico-terapeutico chirurgico;
- Implementazione, presso la Casa della Salute di Magliano, di un polo di Chirurgia Ambulatoriale Complessa;

OBIETTIVO GENERALE

Il presente progetto individua, quale proprio obiettivo generale, la garanzia di elevati *standard* qualitativi delle prestazioni chirurgiche nell'intero ambito aziendale e nell'appropriato regime di trattamento.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Garantire la gestione del paziente critico dall'accesso fino alla definizione diagnostico-terapeutica attraverso l'adozione di specifici percorsi clinico-assistenziali.
2. Istituire, presso la Casa della Salute di Magliano, un Polo di Chirurgia Ambulatoriale ad alta operatività dove siano operative le seguenti discipline chirurgiche specialistiche: Vascolare, ORL, Oculistica, Urologia, Chirurgia Generale, Ortopedia.

3. Riconvertire in regime ambulatoriale alcune prestazioni opportunamente selezionate, attualmente erogabili in regime di *Day Surgery*, che potranno essere in tal modo eseguite come interventi di Chirurgia Ambulatoriale Complessa.

ANALISI DI CONTESTO

Presidio Ospedaliero S.Camillo De Lellis

Per i ricoveri chirurgici ordinari, vi sono le seguenti aree di degenza:

- Area Chirurgica quarto piano: p.l. 20+35;
- Area Ortopedia - Traumatologia secondo piano: p.l. 30 + 2 DH
- Area Ginecologia primo piano: p.l. 17 + 1 DH

Vi afferiscono:

- U.O.C. di Chirurgia generale, Oncologica ed Ambulatoriale
- UOS di Senologia e chirurgia mininvasiva
- U.O.C. di ORL e Chirurgia cervico facciale
- U.O.C. di Urologia
- U.O.C. di Oftalmologia
- U.O.C. di Chirurgia Vascolare
- U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
- U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia

Casa della Salute di Magliano Sabina :

Sono operative 2 sale operatorie dove è possibile praticare solo interventi di Chirurgia Ambulatoriale complessa.

Attualmente i pazienti per il controllo postoperatorio (in stand by per 2 ore) restano in Degenza Infermieristica. Sono in corso dei lavori per l'adeguamento ai requisiti strutturali del DCA U00540/2017 e contemporaneamente per la messa a norma di stanze dove sarà possibile controllare i pazienti nel postoperatorio.

Ambulatori distrettuali :

DISTRETTO 1

1. Amatrice: 2 accessi
2. S.Elpidio: 2 accessi
3. Antrodoco: 2 accessi
4. Rieti

DISTRETTO 2

1. Poggio Mirteto
2. Passo Corese
3. Osteria Nuova
4. Casa della Salute di Magliano Sabina

Negli ambulatori si effettuano visite chirurgiche ed interventi di CHIRURGIA AMBULATORIALE SEMPLICE.

PERCORSI CLINICO ORGANIZZATIVI

Le prestazioni effettuabili in ciascuna delle sedi individuate, afferiscono ad un percorso comune ed omogeneo:

- accesso e la scheda di presa in carico;
- preospedalizzazione;
- pianificazione dell'attività chirurgica e compilazione della lista operatoria;
- sala operatoria;
- postoperatorio;
- conclusione del percorso.

L'ACCESSO E LA SCHEDA DI PRESA IN CARICO

L'accesso alle prestazioni e la successiva presa in carico è subordinata all'effettuazione di prima visita chirurgica prenotabile attraverso il Sistema ReCUP.

Viene considerata utile anche la visita chirurgica effettuata dai Dirigenti Medici dipendenti dell'Azienda in regime di libera professione all'interno delle strutture aziendali ovvero presso studi privati.

Nel caso di prima visita effettuata all'interno delle strutture aziendali, il chirurgo compila una SCHEDA DI PRESA IN CARICO, attraverso il sistema informativo "Arianna". Nel caso la visita avvenga presso lo studio privato del professionista viene compilato un modulo cartaceo e successivamente verranno registrati i dati del paziente nel sistema "Arianna".

E' accertato che è possibile permettere ai professionisti di inserire il paziente nel sistema informatico anche in attività extramoenia.

Durante la prima visita il chirurgo assegnerà la PRIORITA' ('A - 30 giorni, B - 60 giorni e C - 180 Giorni) che indica il tempo d'attesa dell'intervento.

Effettuata tale registrazione, il paziente è inserito in un registro di prenotazione del SIO (Sistema Informativo Ospedaliero), gli viene assegnato un codice ed entra ufficialmente in LISTA D'ATTESA.

Al fine di garantire un'anamnesi più accurata la scheda di PRESA IN CARICO attualmente in uso viene integrata da nuovi campi obbligatori che il chirurgo deve compilare al fine di individuare gli accertamenti che il paziente deve effettuare prima di accedere alla preospedalizzazione.

LA PREOSPEDALIZZAZIONE

Il processo di Preospedalizzazione prevede che il Personale del Servizio di Preospedalizzazione contatti i pazienti in lista d'attesa e fissi una visita in ospedale per accertare l'eleggibilità dell'intervento chirurgico.

Il paziente si reca dal chirurgo che compila la cartella clinica cartacea, diversa a seconda del tipo di ricovero (ordinario, ODS, DS).

Per i pazienti DS e ODS si apre il ricovero il giorno della preospedalizzazione, per cui possono verificarsi più accessi per un ricovero, mentre, per i pazienti in ricovero ordinario, il ricovero viene aperto il giorno del ricovero.

Quando i pazienti sono eleggibili per l'intervento, viene assegnato lo stato di "PRONTO" sul SIO.

I pazienti pronti dovrebbero essere operati entro 30 giorni (tempo massimo di durata degli esami) ovvero secondo le indicazioni della D.M.O.

Sulla base della lista d'attesa e sulla base dei tempi di sala disponibili sarà necessario identificare un mese prima il volume di interventi per tipologia che si intendono realizzare:

- Entro il 5 di ogni mese dovrà essere identificato il numero degli interventi del mese successivo (con indicazione della tipologia di intervento);
- entro 3 settimane dalla seduta operatoria dovrà essere chiamato il paziente per la preospedalizzazione;
- 10-15 giorni prima dell'intervento dovrà essere pronta la lista operatoria con specifica dell'intervento e nome del paziente;
- entro una settimana dall'intervento il paziente dovrà essere chiamato per il ricovero.

Il percorso di rimodulazione e di attività di riorganizzazione degli accessi alle attività chirurgiche prevede la programmazione della preospedalizzazione, con un numero standard di pazienti da preospedalizzare, definendo un numero di scorta minimo al di

sopra del quale sarà necessario sospendere le attività di preospedalizzazione coerentemente con i volumi mensili di sala operatoria. In preospedalizzazione si dovranno calendarizzare le attività da svolgere secondo un'agenda temporale ben definita:

- esami (prelievo, ECG, RX);
- visita chirurgica (rivalutazione e consenso);
- visita anestesiologicala;
- eventuali approfondimenti (in giornata).

E' prevista la formazione obbligatoria per condividere e validare:

- PROFILASSI ANTIBIOTICA PREOPERATORIA (in fase di revisione);
- RICHIESTA DELLA VISITA CARDIOLOGICA PER IL PAZIENTE CHIRURGICO (in fase di realizzazione);
- PROFILASSI PER ILTROMBOEMBOLISMO ARTERO- VENOSO (in fase di realizzazione);
- IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE OSAS.

A questa seguirà una campagna informativa per il "cliente interno" su:

- CLASSIFICAZIONE ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY)
- TEST DI MALLAMPATI
- SCALA RASS
- OBESITA' BUONE PRATICHE CLINICHE PERIOPERATORIE /PROCEDURALI

PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA E COMPILAZIONE DELLA LISTA OPERATORIA

Il Servizio di Preospedalizzazione compila la lista operatoria per ciascuna specialistica, concordando con il Responsabile di U.O.C quali pazienti reclutare dal "bacino PRONTI". Il processo inizia il lunedì e termina il giovedì, quando la "lista pazienti" viene comunicata via fax alla Sala Operatoria, alla U.O.C. di Anestesia e Rianimazione ed alla Direzione Medica di Presidio.

Le sedute operatorie sono preassegnate alle specialistiche su base annuale e vengono compilate facendo in modo che la somma dei tempi chirurgici non ecceda la durata della seduta.

Il tempo chirurgico è il "tempo cute - cute" indicato dal chirurgo, al quale vengono aggiunti 30 minuti (preparazione del paziente, sanificazione, ecc.).

Nella stessa seduta operatoria vengono inseriti interventi ordinari, ODS , DS, APA. Le sedute si svolgono al mattino in orario 8-14 per tutte le discipline ad eccezione dell'ortopedia che effettua orario 8-16.

La durata dell'intervento dovrà tener conto non solo del "tempo cute- cute", ma anche dei tempi anestesiológicos (induzione e risveglio) ed infermieristici, che possono variare significativamente la durata dell'intervento. La compilazione della lista operatoria dovrà tener conto in maniera adeguata della degenza e della disponibilità dei letti nei reparti.

SALA OPERATORIA

L'attività di sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici: numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, ecc.

Con lo scopo di migliorare l'organizzazione e garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza in sala operatoria è stato istituito un gruppo di lavoro dedicato che ha redatto il "Regolamento del Blocco Operatorio della ASL Rieti" (ALLEGATO 1).

Entro il 2019, le risultanze dei lavori prodotti da ulteriori gruppi di lavoro multidisciplinari all'uopo istituiti costituiranno, insieme al Regolamento del Blocco Operatorio, il "Manuale della Sala Operatoria".

RECOVERY ROOM/ TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA (TIPO)

Il paziente che esce dalla sala operatoria e non può essere inviato in reparto, potrà essere spostato in RECOVERY ROOM, o essere ricoverato in TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA.

DEGENZA PRE E POSTOPERATORIA

Sia il giorno del ricovero che il giorno di dimissione sono stabiliti dallo specialista.

LA CONCLUSIONE DEL PERCORSO

Il percorso non si esaurisce con la lettera di dimissione, ma si conclude a livello ambulatoriale con i successivi follow -up fino alla guarigione completa.

CASA DELLA SALUTE DI MAGLIANO SABINA

All'interno della Casa della Salute di Magliano Sabina sono presenti 2 sale operatorie PC2H dove si può svolgere solo attività chirurgica ambulatoriale complessa in conformità ai DCA U00540/2017, DCA U00227/2018.

Attualmente sono in funzione le attività di Chirurgia Oftalmica, di Chirurgia e della Chirurgia vascolare. Le prestazioni erogate sono quelle definite dalla Regione Lazio con gli specifici Decreti.

Allo scopo di disciplinare definendo con semplicità e chiarezza una procedura unificata è stato elaborato il "Regolamento della Chirurgia Ambulatoriale Complessa nella Casa della Salute di Magliano Sabina (ALLEGATO 2).

HU. 1
ALL. A

REGOLAMENTO DEL BLOCCO OPERATORIO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

DATA EMISSIONE	REVISIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
10.08.2018	0	Referente DSA Dott.ssa A.Ferretti	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE Dott.V. Rea DIP.TO AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE Dr. V. Falchetti Ballerani	DIRETTORE GENERALE Dr.ssa M. D'Innocenzo





OGGETTO E SCOPO

Il presente Regolamento disciplina lo svolgimento delle attività del Blocco Operatorio dell'Ospedale "S. Camillo de Lellis" della Azienda Sanitaria Locale Rieti al fine di migliorare l'organizzazione e garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza in sala operatoria a tutela dei pazienti e degli operatori.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica alle attività di pianificazione, organizzazione, gestione e controllo delle attività organizzative, cliniche, infermieristiche e alberghiere del Blocco Operatorio, ai processi di miglioramento continuo delle prestazioni e del servizio fornito agli utenti.

DEFINIZIONI

L'attività del Blocco Operatorio è distinta in:

- **attività programmata**
- **attività d'urgenza.**

I **fruitori** del Blocco Operatorio sono tutti gli operatori sanitari che necessitano, per le proprie attività, dell'utilizzo di spazi, tecnologie e risorse umane presente al suo interno.

Per **gestore** del Blocco Operatorio si intende l'operatore sanitario che ha la responsabilità diretta e complessiva di tutte le risorse umane, logistiche e tecnologiche presenti all'interno del blocco stesso.

I singoli tempi d'attività si definiscono come segue:

- **Sala pronta:** è il momento in cui la sala è pronta per l'ingresso del paziente;
- **Arrivo del paziente:** è il momento in cui il paziente entra nel Blocco operatorio;
- **Ingresso in Sala:** è il momento in cui il paziente entra in sala operatoria;
- **Inizio anestesia:** è il momento in cui inizia l'anestesia.

A tal proposito si precisa che, *il momento dell'intervista al paziente ai famigliari e/o ai genitori da parte dell'anestesista è da considerarsi tempo d'inizio dell'anestesia.*

- **Inizio intervento:** è il momento in cui il chirurgo inizia a preparare il campo operatorio.
- **Fine intervento:** è il momento in cui il chirurgo termina la sutura cutanea.
- **Fine anestesia:** è il momento in cui l'anestesista dichiara completate le prestazioni di sua competenza;
- **Uscita dalla Sala:** è il momento in cui esce dalla sala operatoria per ritornare in degenza o per essere trattenuto nella Recovery Room;

- Uscita del paziente: è il momento in cui il paziente esce dal Blocco Operatorio.

STRUTTURA DEL BLOCCO OPERATORIO

Il Blocco Operatorio è costituito (Planimetria – Allegato 1) da:

- 9 Sale Operatorie di cui: 3 Sale Operatorie polifunzionali, 1 Sala Operatoria d'Urgenza, 2 Sale Operatorie di Oculistica, 3 Sale Operatorie di Ortopedia;
- 1 Sala di Sub Sterilizzazione con 4 autoclavi e 2 lava-ferri;
- 4 sale per la preparazione dei pazienti;
- 1 stanza per lo stoccaggio dei campioni istologici e il deposito per lo sporco;

L'accesso al Blocco Operatorio si articola in:

- un percorso di accesso del personale presso gli spogliatoi dove sono presenti zone filtro per l'accesso alle sale (utilizzati anche dai tecnici, dagli specialisti di prodotto, consulenti e tutti gli altri soggetti che potrebbero accedere al blocco operatorio a vario titolo);
- un percorso di accesso pazienti che giungono in sala operatoria avviene attraverso 3 ingressi filtro:
 - o Filtro della Sala operatoria Ortopedica;
 - o Filtro della Sala operatoria Oculistica;
 - o Filtro della Sala operatoria Centrale.

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.

ASSETTO ORGANIZZATIVO

Nel Blocco Operatorio vengono effettuate le seguenti attività chirurgiche: chirurgia urologica, ginecologia, otorinolaringoiatria, oftalmologia, chirurgia oncologica, chirurgia senologica, chirurgia generale, chirurgia vascolare, chirurgia d'urgenza, ortopedia e traumatologia.

Il Blocco operatorio Centrale è aperto H 24 sette giorni su sette per tutta l'attività in regime di urgenza/emergenza. Tutta l'attività viene garantita dal personale medico, infermieristico e dagli Operatori Socio Sanitari/Ausiliari in turno di servizio.

Nelle ore notturne e nei giorni festivi e di sabato tutta l'attività in urgenza/emergenza viene garantita:

- da personale in guardia attiva per il Blocco operatorio Centrale;
- da personale in pronta disponibilità per il Blocco operatorio Oculistico;
- da personale in pronta disponibilità per il blocco operatorio Ortopedico.



L'attività elettiva è garantita nei giorni feriali (escluso il sabato), previa programmazione (Allegato 2 Calendario sale operatorie) effettuata secondo le modalità di cui all'articolo 3 e sulla base delle liste di attesa organizzate per cronologia e per classe di priorità chirurgica.

RISORSE UMANE

Dotazioni:

Tot. Infermieri 35 unità di cui:

- n 1 infermiere coordinatore (orario 7.30 – 14,30) articolato in 5 gg;
- n 3 infermieri di supporto delle attività gestionali e della formazione teorico-pratica (orario 7.30 –14.42 / 13.30-20.42; articolato in 5 gg);
- n 19 infermieri diurnisti (orario 7.30/14.42 – 13.30/20.42; articolato in 5 gg);
- n 12 infermieri turnisti (orario 7.00/14.00 - 14.00/22.00 - 22.00/07.00; articolato in 5 gg).

Tot. Personale di supporto 19 unità di cui:

- 6 Ausiliari / OSS turnisti (orario 07.00 / 14.00 – 14.00 / 22.00 – 22.00 / 07.00; articolato in 5 gg);
- 8 Ausiliari / OSS diurnisti (orario 7.30 / 14.42 - 13.30 / 20.42; articolato in 5 gg);
- 6 Ausiliari diurnisti (orario 7.00 / 14.12- 13.30 / 20.42; articolato in 5 gg);
- 6 Ausiliari per il trasporto pazienti.

Standard organizzativo:

Mattino, dal lunedì al venerdì:

- n. 1 coordinatore;
- n.18 / 19 infermieri di cui 2 turnisti;
- n. 5 personale di supporto Ausiliari / OSS di cui 1 turnista dedicato all'attività di sala;
- n 4 Ausiliari dedicati al trasporto pazienti;

Pomeriggio, dal lunedì al venerdì:

- n. 7 infermieri di cui 2 turnisti;
- n. 3 personale di supporto Ausiliari / OSS di cui 1 turnista dedicato all'attività di sala;
- n. 2 ausiliari dedicati al trasporto pazienti.

Notte:

- n 2 infermieri;
- n 1 personale di supporto Ausiliari / OSS;

nei giorni di sabato e festivi

- n 2 infermieri;
- n 1 personale di supporto Ausiliari / OSS.

RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTARIO CHIRURGICO

Tutta la tecnologia presente al Blocco operatorio è ad uso comune ad esclusione di quella ultra-specialistica e la gestione, manutenzione, formazione, aggiornamento è a cura dell'Infermiere Coordinatore. Tutti gli acquisti di materiale e strumentario chirurgico avvengono con il coinvolgimento di tutti i professionisti (chirurghi, anestesisti, infermieri).

GESTIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA

Programmazione dell'attività chirurgica elettiva.

La programmazione delle attività chirurgiche di sala operatoria consente di garantire una risposta appropriata alla domanda chirurgica in termini di rispetto dei tempi di attesa per intervento e di un efficiente uso delle risorse.

La programmazione delle attività chirurgiche hanno come riferimento temporale l'intero anno, fatte salve tutte le possibili variazioni in progress.

La programmazione per l'utilizzo delle sale operatorie da parte delle diverse discipline chirurgiche è effettuata da un Nucleo Unico di Programmazione (NUP), cui compete:

- il coordinamento della programmazione di sala operatoria ai fini della corretta allocazione degli spazi chirurgici,
- la verifica della congruità della lista operatoria che deve essere formulata sulla base delle liste di attesa compatibilmente con la disponibilità delle ore di anestesia e delle ore di assistenza infermieristica.

La lista operatoria viene formulata, sentendo tutti i soggetti coinvolti e viene trasmessa settimanalmente a: medico responsabile dell'attività anestesiologicala, infermieri coordinatori blocco operatorio, tutti i responsabili delle strutture complesse e semplici che effettuano attività al blocco operatorio, tutti gli infermieri coordinatori delle degenze chirurgiche. Le eventuali modifiche della programmazione settimanale già inoltrata, deve essere rinviata a tutti gli interessati.

La verifica della programmazione chirurgica tenuta dal NUP avviene settimanalmente nella giornata di Giovedì alle ore 14.00 (o venerdì qualora il giovedì sia festivo) con la presenza del Responsabile dell'attività anestesiologicala, dei Coordinatori del Blocco Operatorio, delle Degenze Chirurgiche ordinarie e

Week Hospital.

L'infermiere Coordinatore del Blocco Operatorio al termine dell'incontro sulla programmazione effettua una prima verifica di compatibilità tra attività programmata e disponibilità in termine di risorse umane, strutturali e tecnologiche.

Trasmissione della lista operatoria per interventi in elezione

Entro le ore 12.00 del giorno precedente le sedute operatorie giornaliere o del venerdì per il lunedì successivo il nucleo di programmazione fa pervenire via mail la lista operatoria giornaliera a:

- Coordinatori Infermieristici del Blocco Operatorio
- Medico Responsabile della attività Anestesiologica
- Coordinatori delle Degenze
- Direzione Medica di Presidio
- Anatomia Patologica Magazzino/ Farmacia Blocco operatorio
- Radiologia

Qualora ci fossero variazioni alla lista operatoria già trasmessa, queste devono essere comunicate tempestivamente via mail (e telefonata successiva per assicurarsi della lettura della mail inviata) e comunque non oltre le ore 7.00 del giorno di riferimento agli Infermieri del nucleo di programmazione che dovrà verificare la congruità della proposta in relazione agli spazi operatori disponibili.

Verifica giornaliera delle liste operatorie per interventi in elezione.

Il Coordinatore del Blocco Operatorio, e in sua assenza un suo delegato:

- raccoglie le liste operatorie ricevute dal nucleo di programmazione
- verifica la compatibilità temporale dell'effettuazione d'ogni intervento relativamente alla disponibilità delle risorse necessarie
- riprogramma la sequenza degli interventi in accordo con i singoli Responsabili di Struttura in caso di concomitanza di più interventi che richiedono le medesime attrezzature e/o strumenti
- verifica che gli infermieri addetti alle specifiche sale abbiano preso visione della lista per il controllo di tutto il materiale necessario all'espletamento degli interventi
- consegna copia della lista operatoria agli ausiliari addetti al trasporto pazienti

Conservazione delle liste operatorie ,

Le liste operatorie definitive in elezione sono conservate a cura del Coordinatore del Blocco operatorio per 6 mesi (a fini statistici).



SVOLGIMENTO DELLE SEDUTE

Sono attive in modo simultaneo un numero di sale operatorie utile a garantire il calendario operatorio.

BLOCCO OPERATORIO CENTRALE

Il primo paziente deve essere in sala operatoria alle 7.30, unitamente alla cartella clinica completa.

L'anestesista deve essere presente in sala operatoria alle 7.50 per valutazione della cartella clinica ed anestesiologicala del paziente

Il chirurgo deve essere presente in sala operatoria alle 7.50 e pronto al tavolo operatorio per l'avvio della procedura chirurgica alle ore 8.15 (incisione cute).

La seduta operatoria deve concludersi alle ore 14.15 o alle ore 18.30 in caso di sedute lunghe (il paziente deve essere fuori dal blocco operatorio.)

La sala operatoria 1 sarà aperta h 24.

La sala operatoria 2 sarà aperta dalle 7.30 alle 20.30. il martedì, mercoledì, giovedì e venerdì.

La sala operatoria 3 sarà aperta dalle 7.30 alle 14.15 il lunedì, martedì, mercoledì e venerdì.

BLOCCO OPERATORIO OCULISTICO

Il primo paziente deve essere in sala operatoria alle 7.30 unitamente alla cartella clinica completa.

L'anestesista deve essere in sala operatoria alle ore 07.50.

Il chirurgo deve essere presente in sala operatoria alle 07.50 e pronto al tavolo operatorio per l'avvio della procedura chirurgica alle ore 8.15 (inizio intervento chirurgico).

Le sale operatorie 7 ed 8 saranno aperte contemporaneamente dalle 7.30 alle 14.15 il lunedì, mercoledì ed il venerdì.

La sala operatoria 8 sarà aperta il martedì mattina dalle 7.30 alle 14.15 per gli interventi APA, D.S ., D.H . delle varie specialità chirurgiche a seconda delle liste d'attesa.

BLOCCO OPERATORIO ORTOPEDICO

Il primo paziente deve essere in sala operatoria alle 7.30 unitamente alla cartella clinica completa.

L'anestesista deve essere in sala operatoria alle ore 07.50.

Il chirurgo deve essere presente in sala operatoria alle 07.50 e pronto al tavolo operatorio per l'avvio della procedura chirurgica alle ore 8.15 (inizio intervento chirurgico).

La seduta operatoria deve concludersi alle 14.15 (il paziente deve essere fuori dal blocco operatorio).

La sala operatoria 4 o la sala operatoria 6 saranno aperte il lunedì, il martedì, il mercoledì, il giovedì ed il venerdì dalle 7.30 alle 14.15.

Contemporaneamente sarà aperta il martedì ed il giovedì la sala operatoria 5 per gli interventi APA, D.S., D.H. (a seconda della lista d'attesa).

In tutti i blocchi operatori l'equipe operatoria è tenuta al rispetto degli orari sopra indicato per l'arrivo in sala operatoria al fine di ottimizzare i tempi di inizio e di fine attività.

Le sedute operatorie devono svolgersi nel rispetto degli orari stabiliti nel calendario operatorio.

Oltre tale orario possono essere inseriti solo intereventi d'urgenza certificati dal chirurgo operatore mediante compilazione dell'apposito modulo per l'urgenza, da consegnare tempestivamente all'anestesista referente e al coordinatore del blocco operatorio. Le singole urgenze che prolungano o si inseriscono sull'attività ordinaria, dovranno essere comunicate al coordinatore del blocco operatorio attraverso l'apposito modulo e verranno sottoposte a verifica mensile da parte della Direzione Sanitaria Aziendale.

ATTIVITA' D'URGENZA

REGOLE GENERALI

In occasione di un'eventuale urgenza chirurgica, per la quale si renda necessario l'utilizzo non programmato di una sala operatoria, con particolare riguardo alla sala operatoria per le urgenze, i professionisti coinvolti e qui citati rispetteranno la seguente procedura organizzativa :

- Il chirurgo che ritiene di dover procedere alla esecuzione di un intervento chirurgico urgente avverte telefonicamente il Coordinatore del Blocco Operatorio (o infermiere presente in turno) della necessità di attivare la sala operatoria delle urgenze chirurgiche;
- Il chirurgo compila il modello allegato per la parte di competenza e avvisa telefonicamente l'anestesista di guardia per le urgenze chirurgiche illustrandogli il caso;
- L'anestesista di guardia, per le urgenze chirurgiche (NUMERO BREVE 10274 per esteso 3494284911) visita tempestivamente il paziente , effettua la classificazione ASA , compila la parte del modulo di sua competenza , lo convalida firmandolo, avvisa telefonicamente il blocco operatorio e si attiva per la preparazione anestesiologicala del paziente.
- Il coordinatore del blocco operatorio o l'infermiere presente in turno che hanno ricevuto la comunicazione favorevole dell'anestesista ,attivano la preparazione

infermieristica della sala e avvisano tutto il personale interessato dell'imminente svolgimento dell'urgenza stessa. Una volta giunto il paziente acquisiscono il modulo e ne archiviano copia in apposito fascicolo da mettere a disposizione per tutte le successive esigenze di consultazione e controllo, avendo cura di ricollocarne l'originale in cartella clinica.

ULTERIORI ASPETTI ORGANIZZATIVI, CLINICI E DECISIONALI:

- a) Se l'anestesista reputa che il rischio legato all'intervento sia maggiore delle possibilità terapeutica, lo comunica al chirurgo e lo annota in cartella;
- b) Se l'anestesista non condivide l'indicazione chirurgica lo comunica al chirurgo e lo annota in cartella;
- c) Di regola l'intervento urgente viene effettuato mediante utilizzo della apposita sala e della equipe infermieristica prevista, salvo indicazioni tecniche di specialità (oculistica, chirurgia vascolare e ortopedia);
- d) Durante la mattina (8-14) o il pomeriggio (14-20) nel caso di sedute pomeridiane, se la sala operatoria dell'urgenza è già occupata per un'urgenza chirurgica, è comunque l'anestesista di guardia che decide quale seduta interrompere per espletare la seconda urgenza. Una volta terminata l'urgenza, l'anestesista assegnato alla seduta ordinaria terminerà la stessa nell'orario programmato;
- e) Nel caso ci siano urgenze che riguardano equipe che stanno già operando, si sospenderà la seduta per effettuare l'urgenza. La seduta terminerà comunque all'orario programmato e gli eventuali interventi d'elezione che non potranno essere effettuati per motivi di tempo nella stessa seduta verranno necessariamente rinviati alla prima seduta utile successiva. In tal caso il personale medico comunicherà ai pazienti in attesa il possibile slittamento, spiegandone i motivi;
- f) Nel caso in cui si renda necessario non interrompere la seduta ma accedere alla sala urgenze, ciò dovrà essere adeguatamente motivato da un punto di vista clinico - organizzativo e l'anestesista dovrà dare il consenso. Le motivazioni dell'utilizzo della sala urgenze in corso di seduta della stessa equipe che sta già operando in seduta elettiva andranno annotate nel "Modulo di richiesta di intervento chirurgico urgente" (Allegato 2) alla voce "NOTE";
- g) In caso di contemporaneità di più interventi chirurgici, l'anestesista insieme ai chirurghi richiedente l'intervento urgente stabiliranno le priorità in base ai criteri di gravità clinica e agli elementi contenuti nel modulo di richiesta.

Tutte le urgenze devono essere comunicate mediante l'apposito modulo. (All. 2)

CRITERI DI ATTIVAZIONE DEI PRONTI DISPONIBILI

L'attivazione dei pronti disponibili deve avvenire in tutti quei casi in cui si reputi indispensabile procedere ad un intervento chirurgico urgente.

CONSERVAZIONE DEI MODULI DI RICHIESTA URGENZA/EMERGENZA

Le richieste sono conservate a cura del coordinatore del Blocco operatorio e verranno verificate periodicamente (1mese) dalla Direzione Sanitaria Aziendale per valutarne l'appropriatezza.

ATTIVITA' DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

L'innovazione tecnologica e l'evoluzione continua delle conoscenze mediche hanno reso possibile l'effettuazione, a livello ambulatoriale, di procedure di tipo diagnostico e terapeutico di maggiore complessità, secondo criteri di appropriatezza ed efficienza.

In tale ottica il potenziamento della Chirurgia Ambulatoriale rappresenta una delle strategie finalizzate alla realizzazione dell'appropriatezza assistenziale e dell'ottimizzazione delle risorse (Allegato 3 - La chirurgia ambulatoriale complessa).

RISPETTO DEL REGOLAMENTO

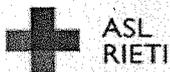
È fatto obbligo a tutto il personale del Blocco Operatorio o che fruisce delle sale operatorie dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti di rispettare tale Regolamento.

Tutte le non conformità rilevate da parte di tutti gli operatori del Blocco Operatorio o dai fruitori dello stesso debbono essere registrate nel Registro delle Non Conformità.

La Direzione Sanitaria 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 delle Non Conformità (Allegato 4 - Registro di non conformità).

Allegati:

- All. 1: Planimetria
- All. 2: Modulo di richiesta intervento chirurgico urgente
- All.3: La chirurgia ambulatoriale complessa
- All. 4: Registro delle non conformità
- All. 5: Elenco procedure e check list blocco operatorio

**Allegato 2 - MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO CHIRURGICO URGENTE**

DATA _____ ORA _____

CHIRURGO RICHIEDENTE

PAZIENTE _____ SESSO: F M ETÀ: _____ PESO: _____ kg

DATA DI RICOVERO / / UOC DI PROVENIENZA:

PROVENIENZA DAL PRONTO SOCCORSO

CON LA DIAGNOSI DI

NECESSITA DEL SEGUENTE INTERVENTO CHIRURGICO:

DELLA PRESUMIBILE DURATA DI ORE: _____ MINUTI: _____

- EMERGENZA: pz in pericolo di vita e necessita di intervento chirurgico immediato
- URGENZA NON DIFFERIBILE: l'intervento deve essere effettuato al massimo entro le 3-4 ore per evitare complicazioni
- URGENZA DIFFERIBILE: l'intervento deve essere effettuato entro le 6 ore
- PROGRAMMABILE A 24 ORE
- PROGRAMMABILE A 48 ORE: l'intervento ha una sua indicazione di URGENZA RELATIVA sulla base di dati di EVIDENCE BASED MEDICINE proposti dal S.S. REGIONALE, che indicano un decorso migliore della patologia associata alla precocità dell'intervento

ACCESSO VENOSO GIA' PRESENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
ESAMI PREOPERATORI GIA' EFFETTUATI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
DISPONIBILITA' SANGUE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
CLASSIFICAZIONE ASA	1	2	3	4	E

FIRMA LEGGIBILE DEL CHIRURGO DI GUARDIA _____ ORE _____

FIRMA LEGGIBILE DELL'ANESTESISTA DI GUARDIA _____ ORE _____

FIRMA LEGGIBILE DEL COORDINATORE DEL BLOCCO OPERATORIO _____ ORE _____

NUMERO BREVE DEDICATO ALL'ANESTESISTA DI GUARDIA PER LE URGENZE: 10274

Allegato 3 – LA CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa è la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e/o seminvasive praticabili :

- a. senza ricovero (nell'arco di una giornata);
- b. in ospedale;
- c. senza che il paziente vada incontro a perdita di coscienza o a perdita di mobilità di segmenti scheletrici; pertanto devono essere messe in atto tecniche anestesilogiche tali da consentire all'utente di deambulare al termine dell'atto chirurgico. La CHIRURGIA AMBULATORIALE quindi non è compatibile con l'uso dell' anestesia generale o della sedazione profonda, nonché con l'anestesia loco regionale ad eccezione dell'anestesia tronculare. Ne consegue che è possibile utilizzare anestesia topica, locale, tronculare analgesia e sedazione secondo la SCALA RASS 0 a -4. (All.A);

I pazienti devono essere osservati per un periodo breve non superiore alle 2 ore dal termine della procedura.

Tali interventi richiedono una VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA.

Gli interventi di chirurgia ambulatoriale complessa non devono mai essere eseguiti in regime di urgenza.

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa :

- deve essere una CHIRURGIA PROGRAMMATA;
- può prevedere tecniche anestesilogiche variabili;
- che consentano, al paziente la piena autonomia motoria e la piena vigilanza entro 2 ore dall'intervento;
- interessa pazienti accuratamente selezionati (trascurabile probabilità di complicanze);
- NECESSITA DI UN PERIODO DI OSSERVAZIONE PROGRAMMATO (non superiore alle 2 ore), tale da consentire , senza rischi aggiuntivi, il ritorno del pz al proprio domicilio il giorno stesso dell'intervento chirurgico.

CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI

I criteri di selezione nella scelta dei pazienti sono CLINICI e SOCIO-FAMILIARI:

CRITERI CLINICI:

1. I pazienti che afferiscono alla chirurgia ambulatoriale complessa devono essere in buone condizioni generali. Per la loro selezione è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall'American Society of

Anesthesiology (classificazione ASA), i pazienti ritenuti idonei sono gli ASA 1 e gli ASA 2 (All.B).

2. Non devono ritenersi idonei :

- tutti i pazienti in cui è possibile una intubazione difficile. (Il paziente deve appartenere ad una classe 1-2 di Mallampati) (All.C);
- i pazienti ASA 3 e ASA 4 (necessitano di ricovero postoperatorio);
- i pazienti potenzialmente suscettibili di sviluppare IPERTERMIA MALIGNA;
- i pazienti obesi (l'obesità aumenta la percentuale di complicanze anestesologiche);
- i pazienti che rifiutano l'approccio ambulatoriale.

CRITERI SOCIO-FAMILIARI

- 1) Per quanto riguarda i fattori logistici è preferibile che il luogo di residenza non sia lontano dalla struttura dove si è praticato l'intervento chirurgico e comunque il tempo di percorrenza non dovrebbe essere superiore ad un'ora.
- 2) Tutti i pazienti devono avere l'assistenza di un familiare o di una persona di fiducia che sia stato sufficientemente informato; in grado di accompagnare a casa il paziente ed assistere il paziente nelle prime 24 ore dall'intervento chirurgico.
- 3) Ulteriore requisito è la certezza di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento.

DOCUMENTAZIONE

È necessaria :

- la SCHEDE DI PRESA INCARICO DEL PAZIENTE da compilare dal Medico della U.O. Chirurgica al momento della visita chirurgica;
- la CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE;
- la CARTELLA ANESTESIOLOGICA;
- il CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO;
- il CONSENSO INFORMATO CHIRURGICO. In questo caso il Consenso Informato assume una particolare rilevanza, visto che il rinvio a domicilio avviene nella stesso giorno in cui è eseguito l'intervento chirurgico. Il paziente dovrà dimostrare di avere compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare e dare garanzia di disporre a domicilio di una adeguata assistenza. Il consenso assume il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate;
- la CHECK LIST DI SALA OPERATORIA;



- la **SCHEDA DI DIMISSIONE** con parametri di valutazione secondo P.A.D.S.S. (Post Anesthesia Discharge Scoring System). Il paziente con score = o > di 11 è dimissibile (valutazione dopo 2 ore);
- la **SCHEDA INFORMATIVA** preliminare nella quale siano riportate , informazioni riguardanti la preparazione all'intervento, la dieta e le modalità di accesso alla struttura;
- la **SCHEDA POSTOPERATORIA** in cui saranno elencati comportamenti da adottare in caso di possibili complicanze o comparsa di dolore e le limitazioni ed i tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa;
- la **RELAZIONE DI DIMISSIONE** da dare al Medico di medicina generale in cui dovrà essere riportata:
 - una breve descrizione dell'intervento o della procedura effettuata
 - eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel postoperatorio
 - trattamenti farmacologici consigliati nel postoperatorio

Gli interventi devono essere registrati sul Sistema DEDALUS:

- Con gli elementi identificativi del paziente;
- La diagnosi;
- I nominativi e qualifica degli operatori;
- La procedura eseguita;
- L'ora di inizio e di fine;
- Il tipo di anestesia.

GLI INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA NON SONO IN REGIME DI RICOVERO.

Nel caso si dovessero verificare complicanze andrà chiusa LA CARTELLA CLINICA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE e ne verrà aperta un'altra nell'UOC di Chirurgia Generale (Ospedale di Rieti).

DIMISSIONE

Deve essere stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento o da un altro chirurgo da lui delegato e dall'anestesista.

E' subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- A. recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale;
- B. stabilità cardiocircolatoria;
- C. recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree;
- D. assenza di problemi respiratori;
- E. ripristino della minzione spontanea;
- F. assenza di sanguinamento;
- G. minima sensazione di dolore e nausea;
- H. capacità di assumere liquidi;
- I. capacità deambulatoria;



- J. controllo e medicazione della ferita;
- K. presenza di un accompagnatore.

Nel caso in cui uno dei seguenti parametri non sia presente, il paziente verrà trasferito nel reparto di Chirurgia.

AII. A – SCALA RASS 0 A -4

The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Punteggio	Definizione	Descrizione	Cosa fare
4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff	OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE
3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi	
2	Agitato	Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica	
1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi	
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico	
-1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi	STIMOLAZIONE VERBALE
-2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi	
-3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)	
-4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica	STIMOLAZIONE FISICA (TATTILE e/o DOLORIFICA)
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa	

Valutazione punteggio RASS

A. Osserva il paziente:

- Paziente sveglio e tranquillo, irrequieto, agitato, molto agitato o combattivo.

0 1 2 3 4

B. Se non è sveglio, chiama il paziente per nome e chiedigli di aprire gli occhi e di guardare il suo interlocutore:

- 1 • **Soporoso** = Paziente risvegliabile, mantiene aperti gli occhi e il contatto visivo.
- 2 • **Lievemente sedato** = Paziente risvegliabile, apre gli occhi e riesce a instaurare un contatto visivo, ma non riesce a mantenerlo più di 10 secondi.
- 3 • **Moderatamente sedato** = Paziente che si muove o apre gli occhi in risposta allo stimolo verbale, ma non riesce ad instaurare un contatto visivo.

C. Quando non si ottiene una risposta alla stimolazione verbale, stimolare fisicamente il paziente scuotendogli la spalla o premendo sullo sterno.

- 4 • **Sedazione profonda** = Il paziente presenta alcuni movimenti alla stimolazione fisica.
- 5 • **Non risvegliabile** = Il paziente non presenta alcuna risposta alla stimolazione dolorosa.

Tratto da: Sessler CN, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale validity and reliability in adult Intensive Care Unit Patients. AJRCCM 2002, 166: 1338-1344
 Tradotto in italiano da G. Mistrarelli e M. Taverna

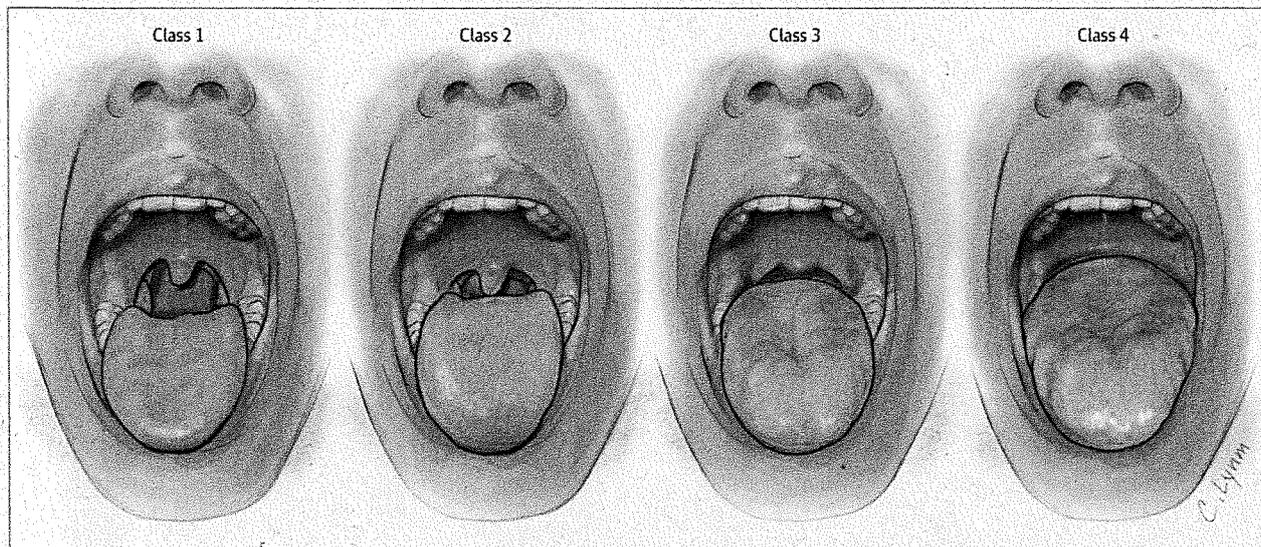


AII. B – CLASSIFICAZIONE ASA

TABELLA 1 - CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI SECONDO L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) USATA IN ITALIA	
Classe	Condizioni del paziente
ASA I	Paziente sano
ASA II	Presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale: bronchite cronica; obesità moderata; diabete ben controllato; infarto miocardico di vecchia data; ipertensione moderata
ASA III	Presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato: angina pectoris ben controllata dalla terapia; diabete insulino dipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata
ASA IV	Presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza: insufficienza cardiaca severa; angina pectoris "instabile" poco sensibile al trattamento; insufficienza respiratoria, renale, epatica o endocrina di grado avanzato
ASA V	Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico come nel caso di shock da rottura di aneurisma; politraumatizzato grave



AII. C – CLASSIFICAZIONE MALLAMPATI



Ra

Allegato 4 - REGISTRO DELLE NON CONFORMITA'

Numero progressivo	DATA	CRITICITA'	RILEVATORE	TRATTAMENTO AZIONE CORRETTIVA	ESITO
	_ / _ / _				<input type="checkbox"/> RISOLTO <input type="checkbox"/> NON RISOLTO <input type="checkbox"/> SEGNALATO al soggetto che ha prodotto la non conformità
	_ / _ / _				<input type="checkbox"/> RISOLTO <input type="checkbox"/> NON RISOLTO <input type="checkbox"/> SEGNALATO al soggetto che ha prodotto la non conformità

Allegato 5 - ELENCO PROCEDURE E CHECK-LIST DEL BLOCCO OPERATORIO

- Controllo del pz nel pre e postoperatorio
- Regolamento Generale Organizzativo
- Gestione Liste Operatorie
- Gestione approvvigionamenti
- Gestione istologia
- Regolamento di accesso e comportamentale in sala operatoria e accesso dello specialist
- Gestione trasporto pazienti
- Gestione sanificazione Blocco Operatorio
- Gestione non conformità
- Organigramma e funzionigramma del personale Blocco Operatorio
- Piani Attività infermieri e operatori socio sanitari
- Job description infermieri e operatori socio sanitari
- Procedura Lavaggio delle mani
- Procedure processo Sterilizzazione (vapore, perossido di idrogeno, acido peracetico)
- Procedura ROI
- Check List pz chirurgico
- Procedura apertura di una Sala Operatoria (con relativa check list)
- Procedura verifica e controllo Ventilatori
- Procedura verifica e controllo Defibrillatori
- Procedura manutenzioni periodiche e straordinarie
- Controllo Frigo Farmaci (Temperatura, Diagrammi, ecc)
- Controllo Temperatura ambientale
- Controllo scadenze dispositivi, farmaci, strumenti
- Procedura trasmissione/circolazione della comunicazione nel, da e per il Blocco
- Gestione dei farmaci, strumenti e presidi di magazzino
- Gestione del postoperatorio
- Sistemi di valutazione in sala operatoria

REGOLAMENTO

CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

NELLA CASA DELLA SALUTE DI MAGLIANO SABINA

DATA EMISSIONE	REVISIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
10.08.2018	0	Referente DSA Dott.ssa A.Ferretti	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE Dott.V. Rea DIP.TO AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE Dr. V. Falchetti Ballerani	DIRETTORE GENERALE Dr.ssa M. D'Innocenzo

Handwritten mark

1. PREMESSA

Anche in Italia come in altri paesi, si stanno registrando variazioni demografiche, sociali ed economiche che impongono delle variazioni e dei correttivi sulle attività di ricovero oggi erogate in regime di ricovero ordinario e diurno (Day Surgery e Day Hospital).

La tendenza è quella di operare concentrando le attività ambulatoriali in STRUTTURE DEDICATE per ottimizzare l'attuale utilizzo delle risorse umane ed abbattere i costi di produzione.

Per questo la Regione Lazio sta promuovendo, in linea con gli indirizzi regionali il progressivo passaggio all'ASSISTENZA IN REGIME AMBULATORIALE.

2. DEFINIZIONI

La Chirurgia Ambulatoriale Semplice è la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche praticabili senza ricovero, senza esami di laboratorio o strumentali, in anestesia locale ed analgesia, in AMBULATORIO (non necessita della presenza dell'anestesista).

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa è la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e/o seminvasive praticabili:

- a. senza ricovero (nell'arco di una giornata);
- b. in ospedali e case di cura;
- c. senza che il paziente vada incontro a perdita di coscienza o a perdita di mobilità di segmenti scheletrici; pertanto devono essere messe in atto tecniche anestesiolgiche tali da consentire all'utente di deambulare al termine dell'atto chirurgico. La CHIRURGIA AMBULATORIALE quindi non è compatibile con l'uso dell'anestesia generale o della sedazione profonda, nonché con l'anestesia loco regionale ad eccezione dell'anestesia tronculare. Ne consegue che è possibile utilizzare anestesia topica, locale, tronculare analgesia e sedazione secondo la SCALA RASS 0 a -4.

I pazienti devono essere osservati per un periodo breve non superiore alle 2 ore dal termine della procedura;

Tali interventi richiedono una VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA . Nel caso l'anestesista usi oppioidi o propofol è necessario che si occupi del monitoraggio del paziente e del controllo delle vie aeree.

Gli interventi di chirurgia ambulatoriale complessa non devono mai essere eseguiti in regime di urgenza.

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa :

- deve essere una **CHIRURGIA PROGRAMMATA**;
- può prevedere tecniche anestesilogiche variabili;
- che consentano, al paziente la piena autonomia motoria e la piena vigilanza entro 2 ore dall'intervento;
- interessa pazienti accuratamente selezionati (trascurabile probabilità di complicanze);
- **NECESSITA DI UN PERIODO DI OSSERVAZIONE PROGRAMMATO** (non superiore alle 2 ore), tale da consentire , senza rischi aggiuntivi, il ritorno del pz al proprio domicilio il giorno stesso dell'intervento chirurgico.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI:

- DRG 731 del 4 agosto 2005;
- DRG 143 del 22 marzo 2006;
- DRG 922 del 22 dicembre 2006;
- DCA Regione Lazio del 14 luglio del 2010;
- DCA Regione Lazio 332/2015;
- DCA Regione Lazio 396/2016;
- DCA Regione Lazio 220/2017;
- DCA Regione Lazio 540/2017;
- DCA Regione Lazio 227/2018;
- DCA Regione Lazio 273/2018.

4. OBIETTIVI

La ASL Rieti vive realtà operative e gestionali molto diversificate e proprio in questo contesto si è sentita la necessità di elaborare un documento che definisca con semplicità e chiarezza un processo e una procedura unificata.

Il percorso ha l'obiettivo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, potenziando e riqualificando l'attività ambulatoriale, mantenendo la stessa **QUALITA'** ed **EFFICACIA** e garantendo la **SICUREZZA DEL PERCORSO ASSISTENZIALE**.

Le ricadute positive sul Sistema organizzativo sono:

- la riduzione delle liste d'attesa;
- la riduzione dello stress del paziente legato al ricovero ordinario;
- la riduzione delle infezioni ospedaliere;
- il miglioramento del rapporto tra Azienda ed utenza;
- la riduzione dei costi diretti ed indiretti.

5. CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI

I criteri di selezione nella scelta dei pazienti sono CLINICI e SOCIO-FAMILIARI:

CRITERI CLINICI:

1. I pazienti che afferiscono alla chirurgia ambulatoriale complessa devono essere in buone condizioni generali. Per la loro selezione è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall'American Society of Anesthesiology (classificazione ASA), i pazienti ritenuti idonei sono **gli ASA 1 e gli ASA 2**.
2. Non devono ritenersi idonei:
 - i pazienti in cui è possibile una intubazione difficile (Il paziente deve appartenere ad una classe 1-2 di Mallampati);
 - i pazienti ASA 3 e ASA 4 (necessitano di ricovero postoperatorio);
 - i pazienti potenzialmente suscettibili di sviluppare ipertermia maligna;
 - i pazienti obesi (l'obesità aumenta la percentuale di complicanze anestesologiche);
 - i pazienti che rifiutano l'approccio ambulatoriale.

CRITERI SOCIO-FAMILIARI

1. Per quanto riguarda i fattori logistici è preferibile che il luogo di residenza non sia lontano dalla struttura dove si è praticato l'intervento chirurgico e comunque il tempo di percorrenza non dovrebbe essere superiore ad un'ora;
2. Tutti i pazienti dovranno avere l'assistenza di un familiare o di una persona di fiducia che sia stato sufficientemente informato, in grado di accompagnare a casa il paziente ed assistere il paziente nelle prime 24 ore dall'intervento chirurgico;
3. Ulteriore requisito è la certezza di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento.

6. REQUISITI STRUTTURALI TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

Il Presidio Chirurgico ospedaliero di tipo 2 (PC2H) deve essere in possesso dei requisiti di cui al DCA 540/2017

7. DOCUMENTAZIONE

È necessaria :

- la SCHEDA DI PRESA INCARICO DEL PAZIENTE da compilare dal Medico della U.O. Chirurgica al momento della visita chirurgica;
- la CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE;
- la CARTELLA ANESTESIOLOGICA;
- il CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO;

- il CONSENSO INFORMATO CHIRURGICO. In questo caso il Consenso Informato assume una particolare rilevanza, visto che il rinvio a domicilio avviene nella stesso giorno in cui è eseguito l'intervento chirurgico. Il paziente dovrà dimostrare di avere compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare e dare garanzia di disporre a domicilio di una adeguata assistenza. Il consenso assume il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate;
- la CHECK LIST DI SALA OPERATORIA;
- la SCHEDE DI DIMISSIONE con parametri di valutazione secondo P.A.D.S.S. (Post Anesthesia Discharge Scoring System). Il paziente con score = o > di 11 è dimissibile (valutazione dopo 2 ore);
- la SCHEDE INFORMATIVA preliminare nella quale siano riportate , informazioni riguardanti la preparazione all'intervento, la dieta e le modalità di accesso alla struttura;
- la SCHEDE POSTOPERATORIA in cui saranno elencati comportamenti da adottare in caso di possibili complicanze o comparsa di dolore e le limitazioni ed i tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa;
- la RELAZIONE DI DIMISSIONE da dare al Medico di medicina generale in cui dovrà essere riportata:
 - una breve descrizione dell'intervento o della procedura effettuata
 - eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel postoperatorio
 - trattamenti farmacologici consigliati nel postoperatorio

Viene definito ed adottato il protocollo per la gestione dell'EMERGENZA-URGENZA in sala operatoria

Gli interventi devono essere registrati sul Sistema DEDALUS:

- Con gli elementi identificativi del paziente;
- La diagnosi;
- I nominativi e qualifica degli operatori;
- La procedura eseguita;
- L'ora di inizio e di fine;
- Il tipo di anestesia.

GLI INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA NON SONO IN REGIME DI RICOVERO.

Nel caso si dovessero verificare complicanze andrà chiusa LA CARTELLA CLINICA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE e ne verrà aperta un'altra nell'UOC di Chirurgia Generale (Ospedale di Rieti)

8. DIMISSIONE

Deve essere stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento o da un altro chirurgo da lui delegato e dall'anestesista.

E' subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- A. recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale;
- B. stabilità cardiocircolatoria;
- C. recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree;
- D. assenza di problemi respiratori;
- E. ripristino della minzione spontanea;
- F. assenza di sanguinamento;
- G. minima sensazione di dolore e nausea;
- H. capacità di assumere liquidi;
- I. capacità deambulatoria;
- J. controllo e medicazione della ferita;
- K. presenza di un accompagnatore.

Nel caso in cui uno dei seguenti parametri non sia presente, il paziente verrà trasferito all'OSPEDALE DI RIETI accompagnato dal medico chirurgo e/o dall'anestesista a seconda delle condizioni cliniche presenti.