



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

Sede Legale: Strada delle Scotte, 14 – 53100 Siena C.F. e P.I. 00388300527

ATTO FIRMATO DIGITALMENTE

DELIBERAZIONE	n. 237 data 03-03-2022
PROPOSTA	n. 515 data 03-03-2022

Struttura proponente: UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI
OSPEDALIERI

Responsabile del procedimento: BROGI CATIA

Responsabile struttura proponente: DE MARCO MARIA

Oggetto: APPROVAZIONE DEL "REGOLAMENTO DEL BLOCCO OPERATORIO"
DELL'AOUS

Immediatamente eseguibile: SI



AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA SENESE

Sede Legale: Strada delle Scotte, 14 – 53100 Siena C.F. e P.I. 00388300527

OGGETTO: Approvazione del “Regolamento del Blocco Operatorio” dell’AOUS.

IL DIRETTORE GENERALE

**In virtù dei poteri conferiti con Decreto del Presidente della Giunta Regionale
Toscana n. 171 del 18/12/2020**

Visto il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n° 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e s.m.i.;

Vista la Legge Regionale 24 Febbraio 2005, n° 40 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale” e s.m.i.;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n° 476 del 2 Maggio 2018 “Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa”, la quale prevede l’attivazione di “funzioni formalmente esplicitate e l’utilizzo di metodi e strumenti specifici per la programmazione (...) a supporto della Direzione Aziendale e dei dipartimenti nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico, mediante la programmazione dell’utilizzo delle aree produttive secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, assegnando in modo dinamico le disponibilità degli asset e delle attrezzature condivise”;

Tenuto conto della complessità dell’attività chirurgica e valutata la necessità di implementare un sistema finalizzato a migliorare la gestione dei blocchi operatori risulta strategico data la necessità di affinare gli strumenti per misurare la performance del percorso chirurgico;

Considerato che l’attività chirurgica per volumi di attività e per complessità richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi finalizzati ad una diminuzione del rischio clinico;

Richiamato l’Accordo Stato Regioni (Rep. Atti 100/CSR) del 9 Luglio 2020 che detta le Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato;

Richiamata la delibera aziendale n. 787 del 16 luglio 2021 con la quale veniva formalizzato l’assetto organizzativo della funzione di Gestione Operativa all’interno della UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri;

Dato atto che la Direzione Aziendale/la UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri ha trasmesso a tutti i Direttori DAI, a tutti i Direttori di Unità Operativa chirurgica nonché al Direttore di Area Interdipartimentale Anestesia e Rianimazione la bozza del “Regolamento del Blocco Operatorio” per recepire eventuali suggerimenti ed osservazioni;



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

Sede Legale: Strada delle Scotte, 14 – 53100 Siena C.F. e P.I. 00388300527



Tenuto conto delle osservazioni pervenute, la maggioranza delle quali sono state recepite all'interno del documento;

Preso atto che i Direttori dei DAI non hanno formulato ulteriori osservazioni durante l'Ufficio di Direzione del 14.02.2022;

Visto il “Regolamento del Blocco Operatorio”, documento finale risultante all'esito della procedura sopra indicata e riportato in Allegato 1) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale,

Ritenuto opportuno, per quanto premesso e specificato, approvare, il “Regolamento del blocco operatorio” allegato alla presente deliberazione (all. 1), quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

Ritenuto inoltre opportuno stabilire di rivalutare la funzionalità del presente Regolamento al termine dei primi 3 mesi di applicazione, alla luce degli indicatori monitorati dai Referenti della Gestione Operativa Chirurgica;

Dato atto che la proponente, D.ssa Maria De Marco, Direttore ad interim della UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, per quanto di sua competenza, attesta la legittimità e la regolarità formale e sostanziale del presente atto;

Dato atto che il Coll. Amm.vo Prof.le Catia Brogi, Responsabile dell'incarico di Funzione Segreteria del Direttore Sanitario, è responsabile del procedimento ai sensi della Legge n. 241/1990 e s.m.i.;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa, che integralmente si confermano:

- **di approvare** il “Regolamento del Blocco Operatorio” (allegato 1) alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
- **di rivalutare** la funzionalità del presente Regolamento al termine dei primi 3 mesi di applicazione alla luce degli indicatori monitorati dai Referenti della Gestione Operativa Chirurgica;
- **di dare** la massima diffusione del presente regolamento attraverso comunicazioni interne e pubblicazione nel sito intranet aziendale;
- **di dichiarare** la presente deliberazione immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. 24 febbraio 2005 e s.m.i., tenuto conto della necessità di provvedere rapidamente all'applicazione di quanto previsto nel Regolamento di cui all'allegato n. 1;



AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA SENESE

Sede Legale: Strada delle Scotte, 14 – 53100 Siena C.F. e P.I. 00388300527



- **di trasmettere** il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE

F.to Prof. Antonio Davide BARRETTA

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

F.to Dr.ssa Maria Silvia MANCINI

IL DIRETTORE SANITARIO

F.to Dr. Roberto Gusinu

CB



Regolamento del blocco operatorio

Revisione	Data	Causale
0	28/02/2022	Prima revisione

Fasi	Funzioni	Nome e Cognome	Firma	Data
Redazione	Gestione Operativa Chirurgica	Dr.ssa Maria De Marco	OMISSIS	28/02/2022
Verifica	Direttore Area Interdipartimentale Anestesia e Rianimazione	Dr. Pasquale D'Onofrio	OMISSIS	02/03/22
	Direttore DAI Emergenza Urgenza e dei Trapianti	Prof. Sabino Scolletta	OMISSIS	28-02-22
	Direttore DAI Cardio-Toraco - Vascolare	Prof.ssa Serafina Valente	OMISSIS	28-02-2022
	Direttore DAI delle Scienze Chirurgiche	Dott. Marco Paoli	OMISSIS	28/02/22
	Direttore DAI delle Scienze Neurologiche e Motorie	Prof. Alessandro Rossi	OMISSIS	28/02/22
	Direttore DAI Oncologico	Prof. Michele Maio	OMISSIS	
	Direttore DAI della Salute Mentale e degli Organi di Senso	Prof. Andrea Fagiolini	OMISSIS	28/2/22
	Direttore DAI della donna e dei bambini	Prof. Mario Messina	OMISSIS	28/2/22
	Direttore Dipartimento delle professioni infermieristiche ed ostetriche	Dr.ssa Maria Serena Beccaliva	OMISSIS	1/3/22
	Clinical Risk Manager	Dr. Giacomo Gualtieri	OMISSIS	1/3/22
	Approvazione	Direttore Sanitario	Dr. Roberto Gusino	OMISSIS
Direttore Generale		Prof. Antonio Davide Barretta	OMISSIS	2/3/22
Emissione	Responsabile UOSA Accredитamento e qualità dei percorsi assistenziali	Dr.ssa Anna Grasso	OMISSIS	1/3/22

Luogo di conservazione del documento in originale: Segreteria UOC Igiene e Epidemiologia

La diffusione del seguente documento è assicurata mediante la pubblicazione sulla intranet aziendale. Essa inoltre sarà distribuita alla seguente lista di Unità Operative/Servizi

- | | |
|--------------------------------------|---|
| • <u>Direzione Generale</u> | • <u>Direzione Sanitaria</u> |
| • <u>Direzione amministrativa</u> | • <u>Direttori di Dipartimento</u> |
| • <u>Direttori di UOC</u> | • <u>Responsabili di UOSA</u> |
| • <u>Responsabili di UOP</u> | • <u>Responsabili Infermieristici di Dipartimento</u> |
| • <u>Coordinatori di UO/Servizio</u> | • <u>Lista utenti</u> |

Validità doc fino a:	Prole chiave	
28/02/2025	A.REG.24	Blocco operatorio

INDICE

Introduzione	3
1. Scopo	3
2. Campo di applicazione/Destinatari	3
3. Abbreviazioni e Definizioni	3
4. Modalità operative	3
5. RegISTRAZIONI	11
6. Riferimenti	11

Allegati:

All.1 - Modulo richiesta intervento urgente

All.2 – Modalità di attivazione del personale del comparto in pronta disponibilità in caso di urgenza non differibile e sala operatoria occupata

INTRODUZIONE

Il presente documento contiene l'insieme delle regole e procedure di organizzazione dell'attività dei blocchi operatori della Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese.

1. SCOPO

Questo Regolamento ha lo scopo di dettare le regole generali per un uso appropriato delle sale operatorie al fine di garantire la massima sicurezza per i pazienti. Il Regolamento inoltre disciplina l'organizzazione dei blocchi operatori in modo da ottimizzare l'impiego di tutte le risorse assegnate, da quelle professionali a quelle strutturali e tecnologiche, per garantire la massima qualità delle prestazioni, tenendo anche conto delle peculiarità delle diverse discipline presenti e dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE/DESTINATARI

Il presente regolamento è applicato da medici, infermieri, TSRM, tecnici perfusionisti, ostetriche, OSS e altro personale coinvolto nelle attività chirurgiche che si svolgono nei comparti operatori dell'AOU Senese, nonché da qualsiasi altra figura che accede ai comparti operatori previa autorizzazione.

La responsabilità della corretta applicazione della procedura è demandata per quanto di competenza a tutti i professionisti coinvolti nel processo.

3. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

ASA	classificazione redatta dalla Società americana di anesthesiologia (ASA – American Society of Anesthesiologists), per la valutazione dei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico
ARO	Anestesia Rianimazione Oncologica
GO	Gestione Operativa
ICT	Information Communication Technology
NCH	Neurochirurgia
TI	Terapia Intensiva
TSRM	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
UO	Unità Operativa
UPC	Ufficio Programmazione Chirurgica

4. MODALITÀ OPERATIVE

4.1 Descrizione orari di inizio e di fine attività di ogni blocco operatorio

I blocchi operatori sono aperti dalle 7:00 alle 20:00.

Le sedute operatorie si differenziano in:

- sedute brevi (8:00-14:00)
(14:00-20:00)
- sedute lunghe (8:00-20:00)

Per quanto riguarda l'attività chirurgica in elezione (Figura 1):

- Alle ore **6,30** il primo paziente in lista, se non già ricoverato, deve essere accettato e ricoverato. Il primo paziente in nota operatoria viene solitamente ricoverato il giorno antecedente all'intervento (in base alla tipologia di intervento da eseguire e al regime di ricovero).
- Alle ore **7,15** il primo paziente in lista deve essere pronto per il trasporto in sala;



- **Alle ore 7,00** il personale infermieristico ed OSS entrano in turno ed assicurano il controllo e l'eventuale completamento delle attività di pulizia delle sale operatorie e l'allestimento delle sale in base alle note operatorie;
- **Dalle 7,15 e comunque non oltre le 7,30** il paziente deve essere nel blocco operatorio;
- **Entro le ore 7,45** la sala operatoria deve essere pronta;
- **Entro le ore 7,45** l'anestesista ed il chirurgo strutturati assegnati alla sala operatoria devono essere in sala per il *sign-in* e per l'avvio delle procedure anestesologiche e chirurgiche;
- **Entro le ore 8,00** ingresso in sala del primo paziente in nota operatoria;
- L'arrivo in sala dei pazienti successivi al primo viene disposto dall'anestesista e dal chirurgo di comune accordo in modo da anticipare, ove possibile, le manovre di preparazione riducendo i tempi di cambio.

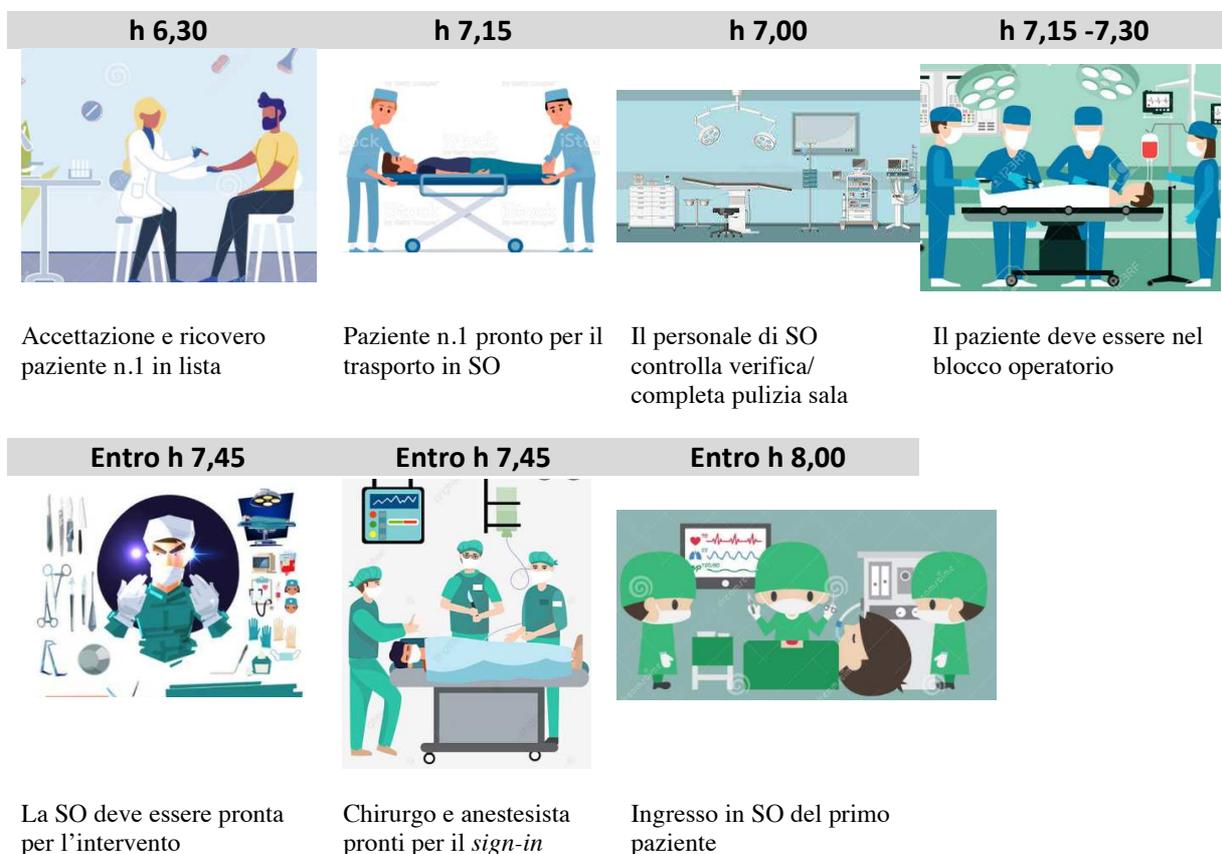


Figura 1: Schema fasi di attività per l'avvio delle sedute operatorie

Gli interventi devono essere programmati in modo da assicurare il termine delle procedure anestesologiche e chirurgiche entro le 19,30 al fine di garantire nel tempo dovuto tutte le procedure di sanificazione e riassetto delle sale con il rifornimento dei dispositivi medici utilizzati.

Gli orari di inizio e fine seduta possono essere gestiti con piccoli margini di flessibilità (inizio intervento comunque entro le 8,15), valutando le condizioni operative di ogni giornata, tenendo conto che, sebbene sia auspicabile l'anticipo dell'inizio seduta, la fine della seduta dev'essere ritardata il meno possibile, e comunque

  Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri	A.REG.DS.-24 Rev. 0 28/02/2022 Pag. 5 di 17
	Regolamento del blocco operatorio	

solo per problematiche/complicanze improvvise insorte durante l'esecuzione dell'ultimo intervento della giornata.

La registrazione di tutti i dati sull'applicativo Ormaweb (ingresso paziente nel blocco operatorio, ingresso paziente in sala operatoria, etc...) devono essere contestuali all'attività espletata, compatibilmente con l'esecutività delle azioni e comunque entro e non oltre l'inizio dell'intervento successivo.

4.2 Modalità di pianificazione e programmazione standard delle sale operatorie

Sulla base dei volumi delle liste, tempi di attesa e nuovi ingressi previsti viene elaborata una schedule di distribuzione delle sedute operatorie che ha come obiettivi:

1. Garantire la disponibilità di spazi operatori sufficienti per operare i pazienti con patologia oncologica entro la tempistica dei 30 giorni;
2. Ridistribuire equamente il monte ore della casistica non oncologica tra le varie UU.OO. in base ai criteri di priorità chirurgica e alla numerosità della lista di attesa di ciascuno.

Mensilmente il Team GO determina l'assegnazione delle sedute operatorie dopo aver verificato:

- Durata media degli interventi per ogni U.O.;
- Calcolo del fabbisogno orario mensile generato dalla lista di attesa;
- Definizione delle sedute da destinare a patologia oncologica (patologie in classe di intervento prioritaria) e ripartizione tra le singole UU.OO.;
- Verifica della sostenibilità dell'assegnazione ipotizzata anche in termini di personale, strumentario/tecnologie e gestione dei posti letto ordinario e di terapia intensiva.

L'ipotesi viene discussa e condivisa tra i Team Go e i Direttori UU.OO., Anestesisti e Coordinatori del blocco operatorio e successivamente viene approvata la pianificazione definitiva con le relative indicazioni rispetto alla casistica da trattare in ogni seduta (oncologica e non, durata degli interventi, durata della degenza).

L'assegnazione delle ore di sala a ciascuna U.O. avviene sulla base della lista d'attesa, che risponde a criteri di priorità clinica e temporale di inserimento in lista.

Ogni singolo chirurgo è responsabile della corretta applicazione dell'inserimento in lista di attesa o variazione della stessa. Per la gestione delle liste di attesa occorre riferirsi alla procedura aziendale "*Procedura operativa per la gestione delle liste di attesa chirurgiche*" pubblicata sul sito intranet aziendale.

L'immissione in nota operatoria è prevista per i pazienti che hanno determinato l'attribuzione delle sedute operatorie della U.O.

Solo i pazienti che hanno completato l'iter di pre-ospedalizzazione possono essere inseriti nelle note operatorie. È compito della preospedalizzazione fornire, in tempo utile per una corretta programmazione, le cartelle pronte dei pazienti da operare con un margine opportuno per far fronte a eventuali rinunce o defezioni.

4.3 Gestione delle prenotazioni di posto letto in Terapia Intensiva per i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico in regime di elezione

La prenotazione dei posti letto in Terapia Intensiva (TI) per i pazienti chirurgici che afferiscono, in elezione, alla Anestesia e Rianimazione Oncologica (ARO) avviene attraverso il gestionale informatico messo a disposizione da ICT Estar. Il gestionale permette di prenotare un posto letto in ARO.

La prenotazione viene effettuata da personale medico autorizzato o dai medici del Team GO che devono disporre delle seguenti informazioni:

- nome e cognome del paziente
- data di nascita

  Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri	A.REG.DS.-24 Rev. 0 28/02/2022 Pag. 6 di 17
	Regolamento del blocco operatorio	

- medico referente (chirurgo) e suoi recapiti
- anestesista che ha valutato il paziente
- classe ASA
- tipologia di intervento
- data dell'intervento

È presente, inoltre, un campo note in cui inserire eventuali informazioni utili per gli anestesisti che effettueranno il ricovero in Terapia Intensiva.

Criteri per la prenotazione

Nel cruscotto delle prenotazioni, per ciascun giorno della settimana, deve essere inserita una sola prenotazione per Unità Operativa (UO); dunque per le sedute dello stesso giorno, l'U.O. ha a disposizione al massimo un posto letto in TI, salvo indisponibilità a ricovero.

Le prenotazioni devono essere effettuate almeno 5 giorni prima della data prevista per l'intervento. Il team GO effettua un monitoraggio delle note operatorie il giovedì della settimana precedente allo svolgimento delle sedute e valuta le richieste di posto letto di TI.

Qualora il team GO riscontri un numero superiore a due richieste di TI nello stesso giorno, avviserà le UU.OO. che hanno effettuato le prenotazioni per modulare la domanda.

Il team, inoltre, effettua un monitoraggio quotidiano per verificare l'allineamento della domanda e dell'offerta dei posti letto in TI coordinando, in collaborazione con gli anestesisti, l'handover dei pazienti dalla TI ai reparti. Inoltre provvede ad applicare i seguenti criteri di priorità per l'evasione delle richieste.

Criteri di priorità

Nel caso in cui la domanda non sia allineata con l'offerta sarà data priorità a:

- pazienti oncologici e/o pediatrici e/o con patologia vascolare maggiore
- pazienti già rinviati
- pazienti il cui rinvio comporta un significativo aumento della degenza preoperatoria in relazione alla distribuzione delle sedute
- ordine temporale delle richieste.

Per i pazienti pluri rinviati va allertato il team GO per la gestione del singolo caso.

4.4. Modalità di gestione degli eventi imprevisti (sedute saltate, rinvio paziente per mancanza posto letto in TI)

Nel caso di sedute saltate per motivi imprevisti (es. problematiche manutentive e impiantistiche non immediatamente risolvibili), le stesse dovranno essere riprogrammate di concerto con il Team di GO e i direttori delle UU.OO. chirurgiche coinvolte.

Nel caso di paziente rinviato per complicanze e ritardi verificatisi nel corso dell'intervento precedente, il paziente andrà inserito per primo nella nota operatoria della successiva seduta assegnata all'U.O. che lo ha in carico, salvo casi particolari che dovranno essere concordati con il team di GO.

Nei blocchi in cui non vi è una sala delle urgenze dedicata, la U.O. che ha ceduto le ore di seduta per effettuare un'emergenza/urgenza recupererà i casi in una successiva seduta della U.O. che ha eseguito il caso in urgenza/emergenza. Il recupero casi andrà concordato tra le U.O e andrà informato il Team GO.

I pazienti rinviati per indisponibilità di posto letto in terapia intensiva, come descritto precedentemente, acquisiscono priorità a parità di patologia nel giorno in cui vengono riprogrammati. In ogni caso prima del rinvio

del paziente, si raccomanda di effettuare un'ulteriore valutazione anestesiológica per verificare la possibilità di risveglio protetto in Recovery Room, laddove disponibile.

4.5 Responsabilità degli organi di governo del processo di programmazione

Nell'attività di coordinamento e gestione organizzativa delle sale operatorie sono coinvolte le seguenti figure:

- Il Team GO (come definito da delibera aziendale...);
- I Direttori delle UU.OO. chirurgiche o loro delegati;
- Il Direttore di Area interdipartimentale anestesia e rianimazione o suo delegato;
- I coordinatori dei blocchi operatori.

Il **Team Gestione Operativa** afferente alla UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri definisce ed effettua la pianificazione e programmazione delle sedute operatorie, monitora l'attività operatoria e verifica la congruità delle note operatorie.

I **Direttori delle UU OO Chirurgiche** o loro delegati hanno la responsabilità della redazione della nota operatoria settimanale secondo i criteri clinici e nel rispetto delle sedute assegnate.

I **Direttori delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione di pertinenza o loro delegati** valutano la nota operatoria per gli aspetti relativi alla gestione anestesiológica dei pazienti.

I **coordinatori dei blocchi operatori** hanno la responsabilità di valutare la disponibilità dei dispositivi, attrezzature, strumentario rispetto alle note operatorie predisposte.

I **Direttori di Dipartimento e il Direttore di Area Interdipartimentale Anestesia e Rianimazione** hanno la responsabilità di verificare il rispetto degli indirizzi condivisi sulla pianificazione e programmazione delle attività chirurgiche.

4.6 Modalità e criteri di costruzione e validazione della nota operatoria giornaliera

La nota operatoria giornaliera deriva direttamente dalla nota operatoria settimanale. Dev'essere redatta, validata dalla GO e affissa dal coordinatore del blocco operatorio o suo delegato in prossimità della sala operatoria entro le ore 16 del giorno precedente la seduta. Essa rappresenta lo strumento fondamentale per la preparazione delle attività di sala in tempi adeguati. Ogni inserimento in nota operatoria deve riportare le seguenti informazioni minime:

- Dati anagrafici del paziente
- Orario di ingresso in sala e durata intervento chirurgico
- Tipologia di intervento e, se previsto, lateralità
- Eventuali allergie
- Necessità di permanenza in RR o di accesso in TI
- Necessità di emocomponenti
- Presidi, dispositivi, apparecchiature necessarie
- Primo chirurgo
- Tipo di anestesia prevista
- Posizionamento paziente
- Disponibilità di personale tecnico necessario all'effettuazione dell'intervento

4.7 Modalità e criteri di costruzione e validazione della nota operatoria settimanale

La nota operatoria settimanale deve essere redatta sul software Ormaweb prelevando dalla lista d'attesa i pazienti che hanno terminato il percorso di preospedalizzazione con giudizio di idoneità all'intervento, mantenendo sempre il criterio di equità e priorità nell'accesso. Tale nota operatoria deve avere come obiettivi il rispetto dei tempi di utilizzo delle sedute assegnate e l'ottimizzazione della produzione in relazione all'organizzazione delle degenze.

Ove per motivi strutturali o di carenza di personale non sia possibile separare totalmente i percorsi in elezione da quelli urgenti, è opportuno redigere una nota operatoria che lasci spazi disponibili per eventuali emergenze/urgenze che si dovessero verificare.

Criteri di riferimento per la costruzione delle note operatorie:

- I casi di maggiore impegno inteso come tempo di permanenza nel blocco operatorio, vanno inseriti di norma all'inizio della seduta e dopo, via via, quelli più semplici/brevi, evitando di prevedere a fine giornata interventi che rischiano di comportare sforamenti dell'orario di attività del blocco;
- È preferibile programmare i casi che non possono essere rimandati all'inizio della seduta e comunque non a fine seduta;
- I casi con infezioni trasmissibili vanno inseriti a fine seduta;
- I pazienti allergici al lattice vanno inseriti a inizio seduta;
- I pazienti che necessitano di risveglio in terapia intensiva non vanno inseriti come primi in nota operatoria, allo scopo di consentire l'handover dei pazienti della Rianimazione

La proposta di nota operatoria dev'essere presentata entro le ore 12 del mercoledì al Team GO.

A seguito della validazione da parte del Team GO, che di norma avviene entro il pomeriggio del giovedì, la nota operatoria diventa definitiva e rappresenta lo strumento essenziale per il corretto svolgimento del percorso organizzativo delle attività di sala per la settimana di riferimento.

4.8 Interventi chirurgici in emergenza o urgenza

Gli interventi chirurgici sono così suddivisi nel presente regolamento in base al grado di urgenza:

- “Intervento chirurgico di urgenza indifferibile o emergenza”: necessità di intervento immediato in paziente in pericolo di vita o di grave peggioramento irreversibile dello stato di salute;
- “Intervento chirurgico di urgenza differibile”: necessità di intervento da avviare al massimo entro 12 ore decorrenti dalla segnalazione inoltrata dal chirurgo richiedente; il chirurgo indica esplicitamente, nella segnalazione, l'orario entro il quale l'intervento deve essere avviato.

4.8.1 Modalità e criteri di gestione degli interventi chirurgici in emergenza nei giorni feriali in orario 8,00 – 20,00

L'attivazione della sala e delle equipe in caso di emergenza chirurgica avviene per contatto telefonico: il chirurgo allerta l'anestesista di pertinenza e il Coordinatore Infermieristico del blocco o suo delegato

I criteri per l'assegnazione della sala per interventi **in emergenza** sono i seguenti:

- Sala dedicata per emergenza/urgenza nel blocco operatorio di pertinenza;
- Prima sala disponibile nel blocco di pertinenza, sospendendo l'attività programmata in prima istanza dell'UO che deve eseguire l'attività in emergenza. Laddove non sia possibile garantire in tempi congrui la sospensione della seduta nel blocco di afferenza, si procede con l'occupazione di una sala nel primo blocco in cui sia disponibile, previo contatto con il Team GO, compatibilmente con i requisiti tecnologici, impiantistici e strutturali necessari per l'intervento.

Nel caso si debba procedere con una seconda emergenza si concorda con il Team GO la sala da occupare.

4.8.2 Modalità e criteri di gestione degli interventi urgenti nei giorni feriali in orario 8,00 – 20,00

I criteri per l'assegnazione della sala per interventi **in urgenza** sono i seguenti:

- Sala dedicata per l'urgenza nel blocco di pertinenza;

- Se l'urgenza è differibile (da eseguire entro 12 ore dalla comunicazione) per i blocchi non dotati di sala dedicata, gli interventi in urgenza si effettuano a seguire degli interventi elettivi dell'U.O. che ha in carico l'urgenza. In caso di urgenza non differibile si utilizza la prima sala disponibile nel blocco di pertinenza, sospendendo l'attività programmata in prima istanza dell'U.O. che deve eseguire attività in urgenza. Laddove non sia possibile garantire dei tempi congrui la sospensione della seduta nel blocco di afferenza, si procede con l'occupazione di una sala nel primo blocco in cui sia disponibile, compatibilmente con i requisiti tecnologici e strutturali necessari per l'intervento.
- Nel caso si debba procedere con una seconda urgenza si concorda con il Team GO la sala da occupare, l'ordine degli accessi alla sala operatoria in regime di urgenza sarà deciso, di concerto con i chirurghi coinvolti e gli anestesisti, secondo criteri di priorità definiti dalla rapidità di evoluzione della patologia, dalle condizioni generali del paziente.

Il regime di urgenza dell'intervento deve risultare in Ormaweb.

Per il blocco operatorio di chirurgia generale sarà redatta un'istruzione operativa per avviare un progetto in fase pilota, per informatizzare le richieste di intervento in urgenza e garantirne la tracciabilità.

Nelle more dell'informatizzazione del progetto, la proposta di intervento in urgenza in orario ordinario (8-20) deve essere effettuata con i seguenti step:

- Il chirurgo:
 - o allerta l'anestesista del blocco operatorio di riferimento;
 - o compila, dopo essersi ricordato con l'anestesista, puntualmente il "*Modulo richiesta intervento urgente*" (Allegato 1) contenente i seguenti dati:
 - Dati anagrafici del paziente e setting assistenziale di provenienza
 - Tipologia di intervento e, se appropriato, lateralità
 - Termine di differibilità dell'urgenza
 - Necessità di permanenza in RR o di accesso in TI
 - Primo chirurgo

e lo invia alla mail dedicata OMISSIS (da far attivare dall'ICT), previa telefonata all'anestesista del blocco operatorio di riferimento per concordare tempi e modalità di esecuzione dell'intervento.

4.8.3 Modalità e criteri di attivazione dell'equipe in caso di emergenze/urgenze notturne e festive

Le varie discipline chirurgiche hanno, a garanzia dell'emergenza, la presenza di personale Infermieristico e OSS in pronta disponibilità nei giorni feriali in orario dalle 19,15 alle 07,15 e 24 ore per il sabato, la domenica e i festivi.

La Chirurgia generale e le discipline afferenti al Blocco della Donna e dei Bambini hanno la presenza attiva di personale addetto all'emergenza h 24; tale Equipe è formata da un Infermiere ed un OSS ed è completata con un Infermiere reperibile. Inoltre, sempre tali discipline chirurgiche hanno una seconda equipe reperibile per le eventuali doppie urgenze. Le equipe reperibili per il blocco di Chirurgia e Specialistica e per il blocco della Donna e dei bambini sono attivabili anche per: i trapianti di rene, i percorsi DCD a cuore fermo e battente e i cesarei urgenti di sabato, domenica e festivi in fascia diurna.

L'esecuzione dei cesarei in urgenza dal lunedì al venerdì 24h e sabato, domenica e festivi nella fascia oraria notturna è demandata alle ostetriche.

Il Blocco operatorio del II lotto 2s è dotato per:

- le UU.OO. Cardiocirurgia, Chirurgia dei Grossi Vasi, Chirurgia Toracica e Chirurgia Vascolare di 3 Infermieri e 1 OSS in pronta disponibilità, che vengono attivati anche per i percorsi di trapianti di cuore e polmone.
- Le UU.OO.NCH e Chirurgia Maxillo-facciale hanno 3 Infermieri e 1 OSS in pronta disponibilità

  Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri	A.REG.DS.-24 Rev. 0 28/02/2022 Pag. 10 di 17
	Regolamento del blocco operatorio	

Il Blocco dell'Ortopedia e dell'Ortopedia ad indirizzo Traumatologico ha 2 Infermieri e 1 OSS in pronta disponibilità e uno dei 2 Infermieri è reperibile anche per la sala gessi.

Il Blocco dell'Oculistica/ORL/Chirurgia della Tiroide ha 2 Infermieri (1 dell'Oculistica e 1 dell'ORL) e 1 OSS in pronta disponibilità.

Inoltre, a garanzia delle doppie emergenze delle varie discipline chirurgiche è prevista l'attivazione della cascata del personale in pronta disponibilità delle sale operatorie, secondo le flow chart all'allegato 2.

Per la copertura anestesiologicala delle emergenze/urgenze è prevista l'attivazione dell'Anestesista di guardia del settore di competenza nei feriali diurni e, durante i notturni, pre-festivi e festivi, di un Anestesista in Pronta Disponibilità di ciascuna U.O. di Anestesia e Rianimazione. In caso di più emergenze e/o urgenze contemporanee è prevista l'attivazione della cascata anestesiologicala delle guardie attive (in Emergenza) e delle pronte disponibilità (in Urgenza) delle UU.OO. che fanno parte dell'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione, secondo le flow chart all'allegato 3.

L'attivazione del personale in pronta disponibilità deve avvenire solo per gli interventi chirurgici che rappresentano un carattere di urgenza/emergenza.

L'attivazione del personale in pronta disponibilità viene effettuata dal Chirurgo che ravvede la necessità di effettuare un intervento chirurgico in regime di urgenza/emergenza.

4.9 Monitoraggio

Le attività operatorie sono monitorate quotidianamente per registrare il tempo di utilizzo delle sale stesse; viene redatto un report settimanale che viene inviato ai Direttori delle UU.OO chirurgiche e che riporta:

- Andamento generale delle attività del blocco di afferenza
- Numero di ore assegnate
- Numero di ore utilizzate
- Differenza tra ore assegnate e usate
- Numero di pazienti programmati
- Numero di pazienti programmati operati
- Numero di interventi effettuati nelle ore assegnate
- Numero di interventi robotici
- Numero di interventi urgenti e emergenti
- *First case Tardiness*¹ o ritardo di inizio primo intervento chirurgico rispetto al programmato
- Durata complessiva dei cambi
- Durata media dei cambi o *Turn over time*²
- Durata degli sforamenti orari
- Ora di fine della seduta programmata.

Nel report inviato ai direttori delle singole UU.OO vengono riportate le potenziali non conformità, per le quali viene chiesto un feedback, classificate come segue:

¹ *First case Tardiness*= Differenza tra l'orario di inizio seduta programmato ed il tempo reale di ingresso in sala operatoria del primo paziente della seduta

² *Turn over time* = Indica il tempo che intercorre tra l'uscita di un paziente e l'ingresso del successivo [in minuti]. Media [(tempo uscita paziente dalla SO) - (ingresso paziente successivo)]

Codice	Descrizione
A1	Ritardo di inizio della seduta
A2	Fine della seduta con troppo anticipo
A3	Sforamento dell'orario della seduta
A4	Tempo di cambio prolungato
A5	Intervento programmato saltato
A6	Operato paziente non presente in lista operatoria
A7	Mancato rispetto dell'ordine di lista
A8	Seduta saltata

Saranno effettuati audit periodici sui percorsi chirurgici, con particolare riferimento al percorso in urgenza, per il miglioramento continuo dei processi.

5. REGISTRAZIONI

- Modulo richiesta intervento urgente: il modulo viene archiviato presso la UOC Organizzazione dei Servizi ospedalieri per un periodo di 10 anni

6. RIFERIMENTI

- DGRT 638 del 20 luglio 2009 “Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero -professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito”
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III. “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist.” 2009
- PA.131.DS “Procedura operativa per la gestione delle liste di attesa chirurgiche” OMISSIS
- OMISSIS
- DGRT 117 del 20 febbraio 2012 “Ottimizzazione del flusso del paziente: approvazione Programma”
- DGRT 476 del 02/05/2018 avente ad oggetto “Azioni per il contenimento dei tempi di attesa ed istituzione della funzione di Gestione Operativa” con allegato il documento tecnico “Linee di indirizzo per lo sviluppo della Gestione Operativa”
- Ministero della Salute “Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021” - Anno 2019
- DGRT 604 del 6 maggio 2019 “Piano Regionale Governo Liste di Attesa”
- Accordo Stato Regioni (Rep. Atti 100/CSR) del 9 Luglio 2020 “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”
- Delibera Aziendale n. 1093 del 14/12/2018 - Istituzione della Funzione di Gestione Operativa
- Delibera Aziendale n.787 del 16/07/2021 – Formalizzazione della composizione della Gestione Operativa e allocazione della stessa all'interno della UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri



Da trasmettere a:

OMISSIS

Paziente (nome e cognome): _____ data di nascita: _____

Diagnosi: _____

Tipo di intervento:

Motivazione circostanziata dell'urgenza: _____

Durata prevista per l'intervento (tempo chirurgico cute-cute): _____

Provenienza del paziente: _____

Pronto Soccorso (ingresso avvenuto in data _____ alle ore _____);

Reparto di degenza: _____;

Terapia Intensiva;

Necessità di permanenza in RR o di accesso in TI

Altre informazioni utili per l'esecuzione dell'intervento: _____

Nome e cognome del chirurgo richiedente: _____

Firma _____

Data / / ora:

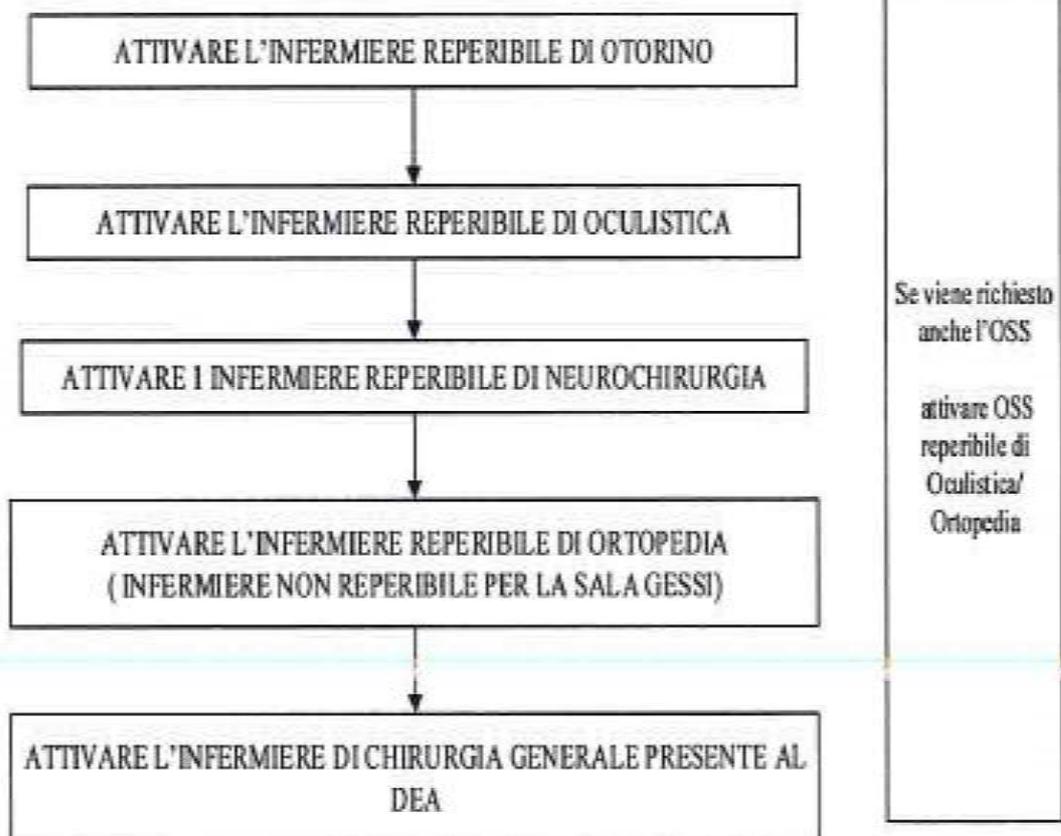
³ previo contatto telefonico con il referente medico GO o I.F. Coordinamento blocchi operatori e sterilizzazione



CASCATA DI ATTIVAZIONE PER UNA 2° SALA OPERATORIA DI CARDIOCHIRURGIA

Il personale reperibile per la sala di CCH è composto da 3 Infermieri e 1 Oss.

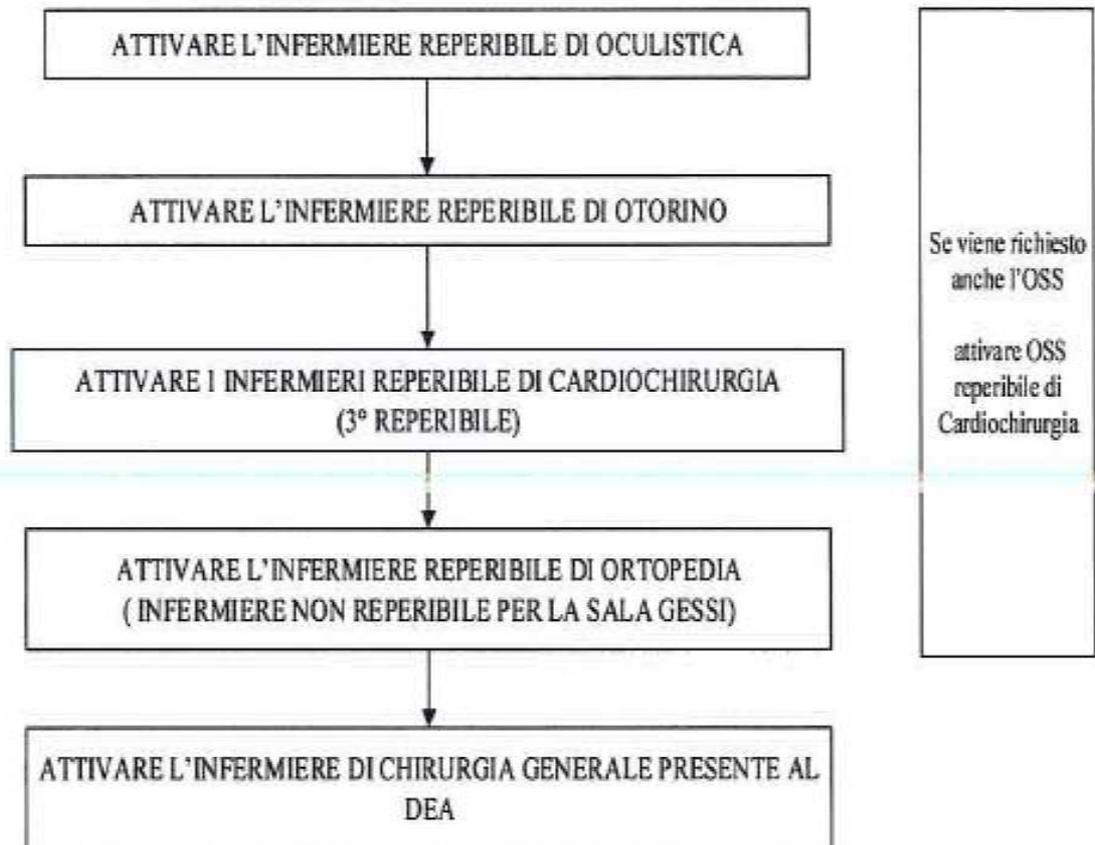
In caso di necessità per attivare una 2° sala operatoria di CCH deve essere chiamato il personale Infermieristico reperibile di altre sale operatorie nel seguente ordine di chiamata al fine di raggiungere il numero di operatori necessari per l'attività richiesta





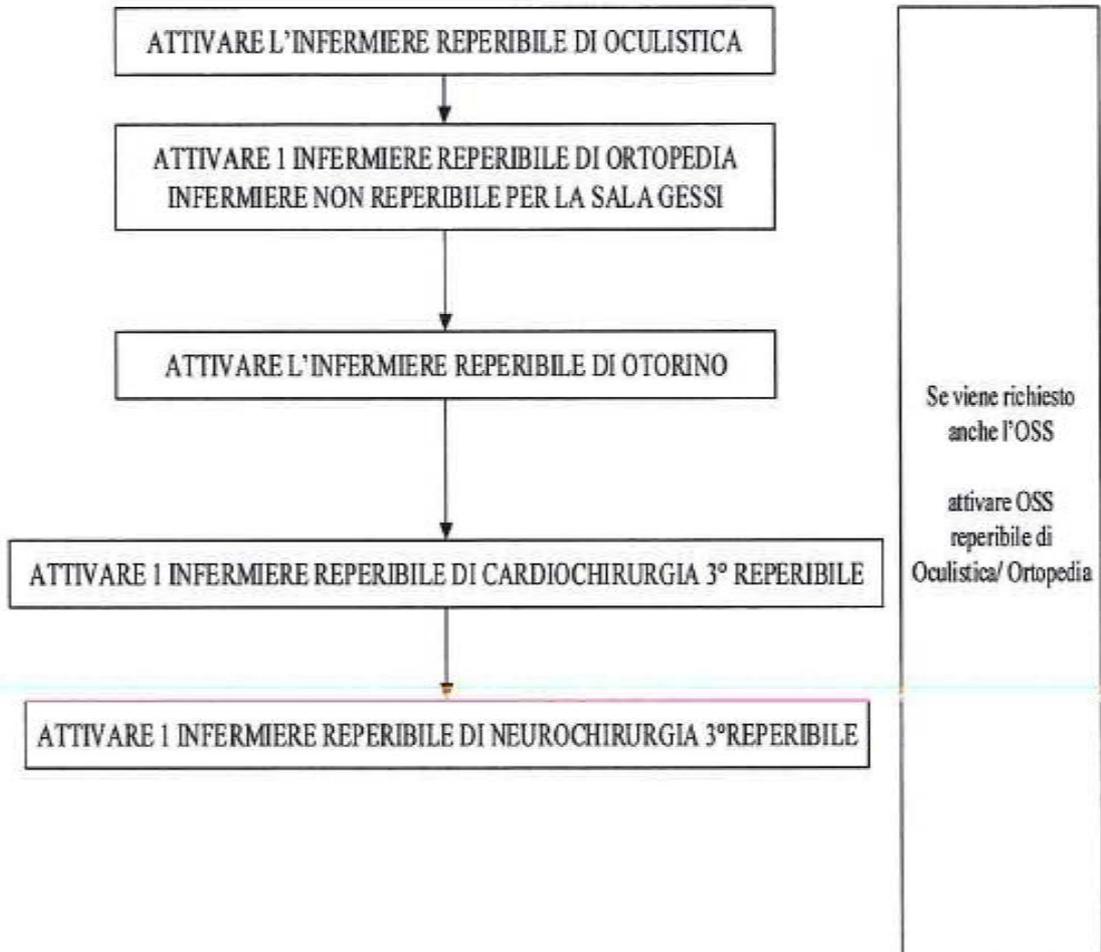
CASCATA DI ATTIVAZIONE PER UNA 2° SALA OPERATORIA DI NEUROCHIRURGIA

Il personale reperibile per la sala di NCH è composto da 3 Infermieri e 1 Oss
In caso di necessità per attivare una seconda sala operatoria di NCH deve essere chiamato il personale Infermieristico reperibile di altre sale operatorie nel seguente ordine di chiamata al fine di raggiungere il numero di operatori necessari per l'attività richiesta





CASCATA DI ATTIVAZIONE PER UNA 3° SALA OPERATORIA DI CHIRURGIA GENERALE (1° E 4° LOTTO)





SCHEMA DI ATTIVAZIONE ANESTESISTA IN EMERGENZA

ver. 12-12-2017

CHIRURGIA	Chirurgie Varie ①②							
	08 - 14 ANE PRO TIPO RMC TICC TINC							
	14 - 20 ANE PRO TIPO RMC TICC TINC						(ane rmc)	
	20 - 08 ANE TIPO RMC TICC TINC						(ane rmc ticc tinc)	
	Ortopedia ①							
	08 - 14 PRO RMC ANE TIPO TICC TINC							
	14 - 20 PRO RMC ANE TIPO TICC TINC						(rmc ane)	
	20 - 08 ANE RMC TIPO TICC TINC						(rmc ane ticc tinc)	
	Ostetricia e Ginecologia							
	08 - 14 ANE AMB PIA TIPO RMC TICC TINC							
	14 - 20 ANE PIA TIPO RMC TICC TINC						(ane rmc)	
	20 - 08 ANE TIPO RMC TICC TINC						(ane rmc ticc tinc)	
	Pediatria ①							
	08 - 14 PRO ANE TIPO RMC TICC TINC							
	14 - 20 PRO ANE TIPO RMC TICC TINC						(anep ane rmc)	
	20 - 08 ANE TIPO RMC TICC TINC						(anep ane rmc ticc tinc)	
	NCH – Maxillo							
	08 - 14 PRO TINC TICC RMC ANE TIPO							
	14 - 20 PRO TINC RMC TICC ANE TIPO						(rmc ane)	
	20 - 08 TINC RMC TICC ANE TIPO						(tinc rmc ticc ane)	
Cardiochirurgia – Toracica								
08 - 14 PRO TICC RMC TINC ANE TIPO								
14 - 20 PRO TICC RMC TINC ANE TIPO						(rmc ane)		
20 - 08 TICC RMC TINC ANE TIPO						(ticc tinc rmc ane)		
Vascolare								
08 - 14 PRO TICC ANE TINC RMC TIPO								
14 - 20 PRO TICC ANE TINC RMC TIPO						(ane rmc)		
20 - 08 TICC ANE RMC TINC TIPO						(ticc ane rmc tinc)		

① Se il paziente ha un'età < 4 anni il medico attivato può chiamare anestesista pediatrico che lo coadiuva

② Chirurgie Varie: Bariatrica, Chirurgia 1, Oculistica, Oncologica, ORL, Otorinolaringoiatria, Plastica, Trapianti, Urologica

INTERVENTISTICA	Emodinamica / Cardiologia							
	08 - 14 TICC RMC TINC ANE TIPO							
	14 - 20 TICC RMC TINC ANE TIPO						(rmc ane)	
	20 - 08 TICC RMC TINC ANE TIPO						(ticc rmc ticc ane)	
	Neuroradiologica (incluso percorso Stroke)							
	08 - 14 TINC RMC TIPO TICC ANE							
	14 - 20 TINC RMC TICC ANE TIPO						(rmc ane)	
	20 - 08 TINC RMC TICC ANE TIPO						(tinc rmc ticc ane)	
	Angiografica UO afferenti ANE							
	08 - 14 ANE TIPO RMC TICC TINC							
	14 - 20 ANE RMC TINC TIPO TICC						(ane rmc)	
	20 - 08 ANE RMC TIPO TICC TINC						(ane rmc ticc tinc)	
Angiografica UO afferenti RMC (inclusa diagnostica PS)								
08 - 14 RMC ANE TIPO TICC TINC								
14 - 20 RMC ANE TINC TIPO TICC						(rmc ane)		
20 - 08 RMC ANE TIPO TICC TINC						(rmc ane ticc tinc)		
Angiografica UO afferenti TICC (DAI Cardio-Toraco-Vascolare)								
08 - 14 TICC TIPO RMC ANE TINC								
14 - 20 TICC ANE RMC TINC TIPO						(rmc ane)		
20 - 08 TICC ANE RMC TIPO TINC						(ticc ane rmc tinc)		

EMERGENZA INTRAOSPEDE.	PS							
	08 - 14 RMC TIPO ANE TICC TINC							
	14 - 20 RMC TIPO ANE TICC TINC							
	20 - 08 RMC TIPO ANE TICC TINC							
	Corsie (NO Cardiologia)							
	08 - 14 RMC TIPO ANE TICC TINC							
	14 - 20 RMC TIPO ANE TICC TINC							
	20 - 08 RMC TIPO ANE TICC TINC							
	Cardiologia							
	08 - 14 TICC RMC TINC ANE TIPO							
	14 - 20 TICC RMC TINC ANE TIPO							
	20 - 08 TICC RMC TINC ANE TIPO							

OMISSIS



SCHEMA DI ATTIVAZIONE ANESTESISTA IN EMERGENZA

- Lo schema si riferisce a situazioni di emergenza alle quali bisogna dare risposta in tempi rapidi
- La flowchart illustra le modalità di attivazione del personale
- La cascata viene attivata dal servizio di AR competente che è impossibilitato a dare una risposta alla chiamata
- Lo stesso servizio, una volta libero, subentra alla UO di cui aveva chiesto il supporto
- Per i festivi valgono le modalità della fascia oraria 20 - 08
- Nel caso in cui si presenti una situazione non contemplata nel precedente schema è comunque necessario attuare un idoneo intervento. Si provvederà quindi, in tempi brevi, ad apportare le opportune modifiche.
- Il presente documento sarà comunque sottoposto a revisione entro il 30 marzo 2018

Abbreviazioni

AMB	Anestesista di ambulatorio
PIA	Anestesista di piastra
PRO	Sospensione programmato
CP	Cercapersone

Reparto	Telefoni	In servizio	Reperibile
Anestesia	6610 CP	ANE	(ane)
Anestesia e TI Cardiochirurgica	5238 5739	TICC	(ticc)
Anestesia e TI Neurochirurgica	5228 5284	TINC	(tinc)
Anestesia Pediatrica	6628 6627	---	(anep)
Rianimazione e Medicina Critica	5630 5639	RMC	(rmc)
TI Postoperatoria	5877 5878	TIPO	---



OMISSIS