

LISTE DI ATTESA, PROGRAMMAZIONE E REGISTRI DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO

REVISIONI						
Numero	0	1	2	3	4	5
Data	Dicembre 2017					
Redazione/ Aggiornamento	M. Tomietto D. Little L. Burato A. Minato					
Verifica	P. Toscani					
Approvazione	G. Sclipa					

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Liste di attesa	Programmazione	Assistenza anestesiologicala e trattamento chirurgico
Standard		
MOI.1		

INDICE

1	Scopo e campo di applicazione	3
2	Destinatari	3
3	Organismi di gestione.....	3
3.1	Commissione aziendale per la programmazione dell'attività chirurgica.....	3
3.2	Gruppo di programmazione dell'attività chirurgica.....	3
4	Contenuti.....	4
4.1	Prenotazione degli interventi chirurgici in regime di ricovero	4
4.1.1	Inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico	4
4.1.2	Attribuzione della classe di priorità.....	5
4.1.3	Modifica dell'ordine di priorità.....	6
4.1.4	Rinunce, rinvii e aggiornamento delle liste	6
4.1.5	Procedura per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri.....	6
4.1.6	Programmazione ricoveri.....	7
4.1.7	Programmazione dell'attività chirurgica.....	7
4.1.8	Gestione richieste urgenti.....	8
4.2	Refertazione dell'intervento chirurgico	8
4.2.1	Definizione	8
4.2.2	Tipo di intervento	10
4.2.3	Procedure ICD-9-cm.....	11
4.2.4	Équipe	11
4.2.5	Fasi operatorie	11
4.2.6	Il registro di sala operatoria	11
5	Responsabilità.....	11
6	Terminologie e abbreviazioni	13
7	Riferimenti normativi e bibliografici	133
8	Storia del documento.....	13
9	Indicatori.....	133
10	Allegati.....	13

1 Scopo e campo di applicazione

Gli scopi della presente procedura sono:

- garantire un accesso alle procedure chirurgiche in elezione, in regime di ricovero ordinario e Day Surgery, secondo criteri di accessibilità, di equità e di trasparenza, a tutela dei diritti dei pazienti;
- definire strumenti di pianificazione dell'attività di sala operatoria (SO), al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- definire idonee e uniformi modalità di compilazione, custodia, conservazione e archiviazione del registro di SO nel rispetto della normativa vigente in materia e garantendo i requisiti sostanziali di veridicità, completezza e chiarezza ed i requisiti formali essenziali.

La procedura si applica alle Direzioni Mediche di Presidio (DMP) e a tutte le Strutture Operative coinvolte.

2 Destinatari e distribuzione

La procedura è destinata alle persone autorizzate all'utilizzo del sistema ADT di Reparto (ADT) e G2-Clinico per la gestione delle informazioni correlate alle liste di attesa e agli interventi chirurgici, nello specifico: chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici, personale di supporto, personale amministrativo e di Direzione Medica, ognuno per la propria competenza.

Il presente documento è diffuso al personale dei Presidi Ospedalieri dell'AAS n°5 mediante nota scritta e pubblicazione nel Sito Intranet all'interno dell'area Accreditamento Joint Commission International – Sezione “Accreditamento istituzionale 2016” – gruppo standard “MOI” a:

- Direttori/Responsabili di struttura complessa e semplice
- Referenti infermieristici/tecnici di Dipartimento
- Coordinatori infermieristici/tecnici delle SSOO.

3 Organismi di gestione

3.1 Commissione aziendale per la programmazione dell'attività chirurgica

E' istituita una “Commissione per la programmazione dell'attività chirurgica” composta da:

- Direttore SC Gestione prestazioni Sanitarie
- Posizione Organizzativa di Dipartimento
- Direttore SSD Blocchi operatori.

I Direttori dei Dipartimenti interessati fanno parte della Commissione con funzione di consulenti.

La Commissione ha il mandato di:

- definire la programmazione annuale dell'attività operatoria,
- analizzare i dati dei monitoraggi periodici dell'attività operatoria,
- proporre regole e soluzioni per l'ottimizzazione della programmazione dei Blocchi Operatori,
- concordare con la Direzione Aziendale l'adozione di interventi di miglioramento ed eventuali modifiche sulle attribuzioni di sedute operatorie.

La Commissione si incontra di norma una volta a trimestre.

3.2 Gruppo di Programmazione attività chirurgica

E' istituito per ciascun Blocco Operatorio (Pordenone, S. Vito e Spilimbergo) un team costituito da:

- Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori;
- Anestesista Referente per la programmazione dell'attività chirurgica di BO.

I Direttori di SC o loro delegati fanno parte del *team* con funzione di consulenti da coinvolgere in base alle specifiche necessità.

Il gruppo ha il mandato di:

- prendere visione e convalidare il programma operatorio settimanale e giornaliero proposto dalle singole Strutture, proponendo eventuali modifiche nel caso in cui il programma non risulti coerente su tempi e risorse,
- definire le modalità sulle quali garantire l'accesso in regime di emergenza/urgenza, sulla base di priorità cliniche.

4 Contenuti

Attraverso i sistemi informatici ADT/G2-Clinico sono gestite:

- le liste dei pazienti in attesa di ricovero per intervento chirurgico;
- la programmazione delle sedute operatorie;
- la registrazione delle informazioni correlate all'intervento chirurgico eseguito (verbale operatorio VO).

4.1 Prenotazione degli interventi chirurgici in regime di ricovero

4.1.1 Inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico

Responsabile della proposta di intervento è il medico che effettua la visita specialistica durante la quale viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico.

Il medico che esegue la visita, ottenuto il consenso del paziente, inserisce il medesimo in lista di attesa ricoveri attraverso ADT, compilando i campi riportati nella tab. A, stampa e consegna al paziente la *Dichiarazione* di inserimento in lista ricoveri e gli fornisce tutte le informazioni sulla tempistica dell'intervento.

Le informazioni relative all'intervento chirurgico inserite in ADT implementano automaticamente la lista di attesa interventi del G2-Clinico.

La *Dichiarazione* contiene le generalità del paziente (indirizzo, telefono, fax), la diagnosi, il tipo di intervento chirurgico proposto, il codice di priorità secondo i criteri previsti dalla Struttura in applicazione della normativa, la data di prenotazione.

Su richiesta della struttura è possibile prevedere anche la stampa del contenuto del campo *Specifiche intervento*.

Le modalità di inserimento e gestione del paziente in lista di attesa ADT sono specificate in allegato 1.

Tabella A: Informazioni da compilare

Nome	<i>Dati presenti su anagrafica regionale. L'inserimento di una nuova anagrafica (paziente extraregione) deve essere eseguito a fronte di un documento di identità e deve prevedere la compilazione di tutti i campi indicati nella colonna a sinistra</i>	
Cognome		
Codice paziente (fiscale)		
Sesso		
Data nascita		
Residenza		
Numero telefono del paziente DA VERIFICARE SEMPRE		
Contenuti	Nome campo ADT	Nome campo G2 CI
Diagnosi o sospetto diagnostico	<i>Diagnosi di ammissione</i>	Diagnosi
Classe di priorità	<i>Priorità</i>	Timing
Note cliniche particolari e informazioni gestionali	<i>Specifiche di intervento</i>	Note
Intervento proposto	<i>Intervento</i>	Intervento
Nome del medico proponente	<i>Med Intervento</i>	Proponente
Data di inserimento del paziente in lista	<i>Automatica</i>	Automatica
Modalità assistenziale	<i>Regime</i>	Fascia Contr.

Nel caso in cui il paziente non voglia essere inserito immediatamente in lista (ad es. nel caso in cui chieda di valutare altre possibilità), il medico riporta l'indicazione all'intervento chirurgico sul referto della visita, specificandone la priorità clinica. Il paziente potrà successivamente chiedere l'inserimento in lista, presentando il referto della visita alla segreteria della struttura.

4.1.2 Attribuzione della classe di priorità

È una precisa responsabilità del medico attribuire la corretta classe di priorità al paziente. Le classi di priorità, definite dalla Regione, sono:

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

I criteri di priorità assegnati ai pazienti inseriti in lista devono fare riferimento almeno ai seguenti aspetti:

- condizione clinica e natura della patologia,
- presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia,

- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che redige la scheda di proposta di inserimento in lista.

Il Direttore di ogni Struttura è responsabile della programmazione dell'attività operatoria, in relazione alle classi di priorità attribuite ai pazienti.

4.1.3 Modifica dell'ordine di priorità

Qualora si rendesse necessario modificare la priorità clinica, occorre aggiornare sia la lista di attesa ricovero su ADT che la lista di attesa interventi chirurgici su G2 Clinico. I motivi che hanno determinato la modifica della priorità clinica devono essere riportati nel campo note.

4.1.4 Rinunce, rinvii e aggiornamento delle liste

Il sistema permette di:

1. Cancellare il paziente dalla lista (le informazioni non si perdono, il paziente assume lo stato di annullato)
2. Sospendere il paziente in lista – tasto “sospendi/riattiva” (in tal modo si arresta il calcolo del tempo di attesa)
3. Riattivare il paziente in lista – tasto “sospendi/riattiva” (in tal modo riprende il calcolo del tempo di attesa)
4. Segnalare la rinuncia del paziente al ricovero.

La rinuncia o il rinvio volontario del ricovero da parte del paziente, dopo essere stato inserito in lista, o la decisione del medico di cancellare o sospendere il paziente dalla lista deve essere riportata con nota in ADT.

Nei casi di rinvio, il paziente rimane inserito nella lista d'attesa ma, qualora il tempo di rinvio sia maggiore del tempo previsto dal criterio di priorità stabilito per il ricovero, il medico proponente deve eseguire una rivalutazione della classe di priorità.

Periodicamente, il personale individuato dal Direttore di Struttura alla manutenzione della lista deve verificare che i pazienti sospesi abbiano ancora necessità di essere mantenuti in lista. In caso contrario, procede alla loro cancellazione.

4.1.5 Procedura per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri

Ciascuna Struttura deve definire, in una procedura che va depositata presso la DMP:

- Le principali patologie affrontate nella SC afferenti alle 4 classi di priorità A, B, C e D
- i medici che possono richiedere l'inserimento in lista d'attesa ADT per intervento chirurgico (possono essere precisati i nomi oppure le funzioni);
- le persone autorizzate ad eseguire l'inserimento di nuovi pazienti in lista d'attesa ADT;
- le persone autorizzate alla manutenzione della lista d'attesa ADT e della lista di attesa G2 clinico;
- le persone autorizzate alla consultazione della lista d'attesa ADT e della lista di attesa G2 clinico.

Responsabile della correttezza e della completezza delle informazioni inserite in lista è il Direttore di Struttura.

In allegato 2 è disponibile il fac-simile della procedura per la gestione delle liste di attesa degli interventi.

4.1.6 Programmazione ricoveri

Una volta concluso l'inserimento in lista ADT, il personale addetto alla gestione degli accertamenti in pre-ricovero organizza gli accessi del paziente in base alla data presunta di ricovero.

Le prestazioni sanitarie erogabili in pre-ricovero devono essere strettamente correlate al ricovero e finalizzate alla valutazione dei rischi legati all'intervento. Non è appropriata la modalità organizzativa del pre-ricovero per l'erogazione di prestazioni volte alla valutazione della eleggibilità del paziente all'intervento chirurgico (es: valutazione dell'operabilità di un paziente con neoplasia) o alla definizione diagnostica/stadiazione.

Conclusa la fase di pre-ricovero il paziente è pronto per l'intervento chirurgico. Queste 2 fasi sono riconoscibili in lista di attesa attraverso gli stati "esami in corso" e "ricoverabile".

Nel caso in cui l'utente rinunci al ricovero, le prestazioni già erogate saranno gestite come prestazioni ambulatoriali, con eventuale pagamento della quota di compartecipazione alla spesa, se dovuta (ticket).

Nel caso in cui il ricovero sia annullato per controindicazioni emerse in seguito agli esiti delle prestazioni effettuate in regime di pre-ricovero, deve essere aperto un ricovero ordinario, nella data dell'ultimo accesso reale del paziente e la cartella clinica deve riportare l'epicrisi del percorso diagnostico seguito dal paziente durante il pre-ricovero. La Scheda di Dimissione Ospedaliera, deve riportare come codice di diagnosi principale ICD9CM, il più appropriato tra i seguenti:

- V64. 1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione
- V64. 3 Procedura non eseguita per altre ragioni.

4.1.7 Programmazione dell'attività chirurgica

A partire dalla lista di attesa G2 Clinico, valutati aspetti clinici e esigenze tecnico-organizzative (priorità, esito accertamenti in pre ricovero, disponibilità sala operatoria, disponibilità posti letto, disponibilità chirurgo, disponibilità attrezzature e dispositivi, ...), sono identificati i pazienti da inserire nel programma operatorio, settimanale e giornaliero.

Questi sono prodotti con G2-Clinico, specificando, attraverso l'utilizzo dell'apposita scheda di dato clinico (scheda **Programmazione sala operatoria**):

- numero progressivo
- nome del paziente
- posto letto in reparto
- intervento chirurgico
- giornata di esecuzione dell'intervento chirurgico
- orario indicativo dell'intervento, necessario per definire l'ordine di esecuzione
- nominativi del primo operatore e dei componenti dell'equipe
- durata stimata dell'intervento
- sala operatoria
- posizione/tipo di letto
- eventuale diagnostica intraoperatoria
- emocomponenti richiesti
- allergie
- strumenti aggiuntivi
- protesi
- post operatorio.

Il Direttore di ciascuna Struttura deve:

- garantire che il programma operatorio settimanale sia definito entro le ore 12.00 del mercoledì antecedente la settimana oggetto della programmazione, quindi stampato da G2 Clinico, firmato dal responsabile e inviato alle strutture di degenza, di Anestesia e Rianimazione e alla sala operatoria (vedi allegato 3 Percorso programma operatorio);

- garantire che il **programma operatorio definitivo giornaliero** sia disponibile entro le ore 15.00 del giorno lavorativo antecedente la giornata oggetto della programmazione, quindi stampato da G2 Clinico, firmato dal responsabile e inviato alle strutture di degenza, di Anestesia e Rianimazione e alla sala operatoria (vedi allegato 3 Percorso programma operatorio);
- garantire che tutte le modifiche effettuate dopo la stesura del programma giornaliero definitivo siano motivate, registrate e firmate da colui che le effettua e tempestivamente comunicate al personale della degenza, di Anestesia e Rianimazione e della sala operatoria.

4.1.8 Gestione richieste urgenti

Eventuali urgenze sia interne che esterne sono valutate dal chirurgo che stabilisce la necessità di procedere all'intervento e comunicate al Anestesista referente per la programmazione dell'attività chirurgica, il quale concorda con l'equipe medico-infermieristica le modalità più idonee per garantire l'urgenza con il minor impatto sulla programmazione complessiva dell'attività del blocco operatorio (vedi allegato 4 Procedura per la gestione delle urgenze/emergenze nel blocco operatorio).

4.2 Refertazione dell'intervento chirurgico

4.2.1 Definizione

Il registro operatorio è il verbale ufficiale di ogni intervento chirurgico e per tale ragione costituisce parte integrante e rilevante della documentazione clinica; il RO documenta il numero e le modalità di esecuzione degli interventi chirurgici e di qualunque procedura invasiva eseguita in sala operatoria.

Per intervento chirurgico l'atto operatorio che inizia con l'incisione (cutanea o mucosa) e termina con la sutura.

Interventi particolari che richiedono più incisioni sullo stesso paziente (es. asportazione di più nei effettuata in un'unica seduta) non richiedono la registrazione di più interventi. Ogni intervento chirurgico prevede la refertazione sul G2-Clinico e la stampa del registro operatorio in duplice copia, una per la cartella clinica ed una per il Registro di Sala Operatoria.

Il verbale operatorio di un singolo intervento deve contenere le seguenti informazioni previste dalla normativa in vigore:

INFORMAZIONE OBBLIGATORIA	NOME DEL CAMPO	POSIZIONE	NOTE	RESPONSABILE DELLA COMPILAZIONE	CAMPO RIPORTATO IN STAMPA NEL REGISTRO OPERATORIO
Tipo di intervento*	Intervento	Dettaglio intervento		Primo operatore	Sì
Data e ora di inizio intervento*	Inizio	Dettaglio intervento	Attenzione, il software pre-imposta la data e ora all'ora in cui si apre il G2, pertanto questo campo va sempre modificato manualmente	Primo operatore	Sì
Data e ora di fine intervento*	Fine	Dettaglio intervento		Primo operatore	Sì
Diagnosi clinica*	Diagnosi	Dettaglio intervento		Primo operatore	Sì
Classe di priorità*	Timing	Dettaglio intervento		Primo operatore	NO
Sala Operatoria*	Sala	Dettaglio intervento		Primo operatore	Sì
Fascia Contrattuale*	Fascia Contr.	Dettaglio intervento		Primo operatore	NO
Classe di rischio infettivo*	Classe	Dettaglio intervento		Primo operatore	NO
Numero nosologico*	N. Nosologico	Dettaglio intervento	Attenzione, il software pre-imposta il numero nosologico dell'ultimo ricovero che il paziente ha fatto nel momento di inserimento in lista. Se l'intervento viene eseguito in un ricovero successivo, il campo va modificato.	Primo operatore	NO
Descrizione intervento*	Descrizione	Descrizione		Primo operatore	Sì
Rischio ASA*	Rischio ASA	Descrizione		Anestesista	NO
Tipo di anestesia*	Anestesia	Descrizione		Anestesista	Sì
Procedure ICD-9-cm	Procedura ICD-9-cm,	Descrizione		Primo operatore	Sì
Ordine di importanza delle procedure	Ord	Descrizione	Si intende l'ordine di importanza, non l'ordine cronologico.	Primo operatore	Sì
Nome e Cognome di tutti i chirurghi	Componente, Qualifica, Ora inizio, Ora fine	Equipe	Si precisa che il sistema preimposta gli orari di inizio e fine intervento; questi vanno modificati in relazione alla presenza del singolo professionista durante l'intervento.	Primo operatore	Sì
Nome e Cognome dell'anestesista	Componente, Qualifica, Ora inizio, Ora fine	Equipe		Primo operatore	Sì
Nome e Cognome di tutto il personale di sala (strumentista e nurse di anestesia)	Componente, Qualifica, Ora inizio, Ora fine	Equipe		Primo operatore	Sì

* campi il cui mancato inserimento non consente di proseguire nella compilazione

È obbligo del chirurgo (primo operatore) verificare l'avvenuta compilazione di tutti i campi obbligatori prima della validazione del referto, poiché costituiscono informazioni rilevanti ai fini legali e per la valutazione dell'indice di rischio infettivo.

Il RO dell'intervento chirurgico deve essere compilato immediatamente al termine dell'intervento o della seduta operatoria.

4.2.2 Tipo di intervento

Non devono essere classificati come interventi multipli gli interventi che prevedono diverse fasi riconducibili ad un unico atto terapeutico (es. asportazione di neoplasia e linfadenectomia regionale). In questi casi la complessità dell'intervento è specificata dall'indicazione delle diverse procedure ICD-9-CM.

Il verbale dell'intervento chirurgico è uno solo, con l'eccezione degli interventi eseguiti da équipe chirurgiche appartenenti a SC diverse. In questo caso l'équipe principale (quella che ha in carico o il paziente, o, in caso di urgenza, la prima che interviene) dovrà compilare la scheda di intervento sul G2-Clinico, inserendo:

INFORMAZIONE	SPECIFICHE
Tipo di intervento*	
Data e ora di inizio intervento*	Inizio della propria parte
Data e ora di fine intervento*	Fine della propria parte
Diagnosi clinica*	
Classe di priorità*	
Sala Operatoria*	
Fascia Contrattuale*	
Classe di rischio infettivo*	
Numero nosologico*	
Descrizione intervento*	Descrizione della propria parte
Rischio ASA*	
Tipo di anestesia*	
Procedure ICD-9-cm	Procedure ICD-9-cm della propria parte
Ordine di importanza delle procedure	Ordine delle proprie procedure
Nome e Cognome di tutti i chirurghi	Solo i componenti della propria équipe
Nome e Cognome dell'anestesista	
Nome e Cognome di tutto il personale di sala (comparto)	

La seconda équipe che partecipa dovrà compilare un'altra scheda di intervento sul "proprio" G2-Clinico, che andrà ad alimentare la casistica della propria SC, inserendo:

INFORMAZIONE	SPECIFICHE
Tipo di intervento*	
Data e ora di inizio intervento*	Inizio della propria parte
Data e ora di fine intervento*	Fine della propria parte
Diagnosi clinica*	
Classe di priorità*	
Sala Operatoria*	
Fascia Contrattuale*	
Classe di rischio infettivo*	
Numero nosologico*	
Descrizione intervento*	Descrizione della propria parte
Rischio ASA*	
Tipo di anestesia*	
Procedure ICD-9-cm	Procedure ICD-9-CM della propria parte
Ordine di importanza delle procedure	Ordine delle proprie procedure
Nome e Cognome di tutti i chirurghi	Solo i componenti della propria équipe
Nome e Cognome dell'anestesista	NON COMPILARE IN QUANTO GIA' COMPILATO NELL'ALTRO REGISTRO OPERATORIO
Nome e Cognome di tutto il personale di sala (comparto)	NON COMPILARE IN QUANTO GIA' COMPILATO NELL'ALTRO REGISTRO OPERATORIO Inserire solo eventuale personale della SC

Per questo secondo intervento andrà stampato in duplice copia il verbale specifico.

4.2.3 Procedure ICD-9-CM

Un singolo intervento può comprendere una o più **procedure ICD-9-cm**, che devono essere indicate nel referto dell'intervento chirurgico, specificandone l'ordine non cronologico bensì di importanza (la procedura principale deve avere ordine 1). Questo facilita la compilazione della SDO, in quanto i dati del RO passano in automatico in ADT.

4.2.4 Équipe

Le persone che compongono l'**équipe** vanno sempre indicate con nome, cognome, qualifica. Va inoltre sempre specificato l'orario di inizio e di fine della loro presenza in sala, relativamente allo specifico intervento.

4.2.5 Fasi Operatorie

Le fasi operatorie di seguito descritte servono a documentare la presa in carico del paziente da parte dei diversi operatori:

	REGISTRAZIONE	NOTE
	Ingresso paziente Sala Operatoria	
	Fine preparazione all'anestesia	Definizione inizio della fase 3: nulla osta al posizionamento del paziente o alla preparazione del campo operatorio
	Fine anestesia	
	Strumentista pronta per l'intervento	
	Pronto campo operatorio	
	Fine intervento con medicazione fatta	
	Uscita dalla Sala operatoria	
	Rientro personale in sala dopo trasporto del paziente in TIPO	

Tali fasi sono registrate attraverso la scheda disponibile in G2 clinico "Fasi operatorie" alla cui compilazione è adibito il personale di sala.

4.2.6 Il registro di sala operatoria

Ultimata la refertazione, le due stampe del verbale dovranno essere firmate dal primo operatore. Una copia sarà inserita nella cartella clinica del paziente mentre la seconda andrà a costituire il Registro di Sala Operatoria di struttura.

Le pagine del Registro di Sala Operatoria devono essere raccolte in ordine cronologico.

Periodicamente le pagine del Registro di Sala Operatoria devono essere rilegate in maniera definitiva per facilitare la loro archiviazione e conservazione.

Il Direttore di struttura, responsabile della corretta tenuta del Registro di Sala Operatoria, può delegare persone incaricate della conservazione temporanea, tenuta e all'archiviazione dei Registri di Sala Operatoria.

5 Responsabilità

- Direttore Medico di Presidio: è responsabile della definizione delle modalità di tenuta delle Liste di attesa, del Registro di Sala Operatoria e della sua archiviazione (cartella clinica).

- Direttore di Struttura: è responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità. E' responsabile dell'individuazione di un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista di attesa. E' responsabile delle valutazioni periodiche (riesame della procedura) e dell'attivazione di eventuali azioni correttive qualora si verificano scostamenti significativi rispetto agli standard previsti. Può delegare un suo collaboratore (medico, coordinatore infermieristico, infermiere, segretaria) alla tenuta della lista di prenotazione. E' inoltre responsabile della corretta compilazione, della tenuta e della conservazione del RO.
- Delegato alla tenuta della lista: è responsabile della corretta tenuta della lista secondo le indicazioni contenute nella procedura e secondo le direttive impartite dal Direttore di Struttura.
- Il personale infermieristico/amministrativo collabora ai fini della corretta tenuta e conservazione delle liste d'attesa dei ricoveri e della programmazione di sala operatoria.
- I Coordinatori Infermieristici di Blocco Operatorio collaborano con i Direttori di struttura alla tenuta e conservazione del RO.
- Il personale medico collabora con i Direttori di struttura ai fini della corretta compilazione del Registro di Sala Operatoria secondo i termini di legge e secondo le indicazioni operative della DMP ed, in qualità di 1° operatore, della produzione del RO.
- Il personale infermieristico/amministrativo collabora ai fini della corretta tenuta e conservazione dei RO secondo le indicazioni operative della DMP.

Attività	Figure responsabili					
	Direttore Sanitario/ Direttore Medico di Presidio	Direttore di struttura	Coordinatore infermieristico di sala operatoria	Medici	Infermieri	Personale amministrativo
Inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico		I		R	C	C
Attribuzione della classe di priorità				R		
Tenuta della lista di attesa ADT e G2 Clinico		R		C	C	C
Programmazione dell'attività chirurgica		R		C	C	C
Refertazione dell'intervento chirurgico				R		
Compilazioni fasi operatorie					R	R
Conservazione e tenuta dei registri di SO		R	C			
Archiviazione registri di SO	R					

Legenda delle relazioni:

- R = Responsabilità generale dell'espletamento dell'attività
- C = Collaborazione alla realizzazione dell'attività
- I = Informazione sulla realizzazione dell'attività

6 Terminologie e abbreviazioni

Intervento chirurgico	Per intervento chirurgico si intende l'atto operatorio che inizia con l'incisione (cutanea o mucosa) e termina con la sutura
Interventi multipli	Per interventi multipli si intendono atti operatori che comprendono due o più incisioni (cutanee o mucose) per intervenire su due o più organi o strutture anatomiche diverse durante lo stesso accesso in sala operatoria (es. intervento contemporaneo per riduzione aperta di frattura di ossa lunghe di più arti)
SO	Sala Operatoria
RO	Registro Operatorio
ADT	Applicativo clinico per la gestione dei ricoveri (Ammissione, Dimissione e Trasferimento)

7 Riferimenti normativi e bibliografici

- Circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7/190 del 13 marzo 1996 [registro operatorio];
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, ottobre 2009
- Accordo in Conferenza Stato-Regioni, repertorio atti n. 1386 allegato B e n. 2555 [liste di attesa e criteri di priorità];
- DGR Friuli Venezia Giulia n. 288/2007 [liste di attesa e criteri di priorità];
- Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 DGR 1439/2011
- Gli standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali Joint Commission International.

8 Storia del documento

Revisione	Data	Motivo
0	Dicembre 2017	Creazione del documento

9 Indicatori

- Numero e percentuale di pazienti in lista con attesa inferiore o uguale al tempo individuato dalla priorità clinica assegnata
- Numero e percentuale di pazienti con tempo di attesa superiore ai 365 giorni
- Numero e percentuale di liste settimanali e giornaliere stampati nei tempi previsti dalla procedura di gestione del programma operatorio
- Numero e percentuale di verbali operatori validati nella giornata dell'intervento

10 Allegati

Allegato 1. Lista di attesa ricoveri programmati

Allegato 2. Procedura per la Gestione delle liste di attesa dei ricoveri di Struttura

Allegato 3 Procedura di gestione del programma operatorio

Allegato 4 Procedura per la gestione delle urgenze/emergenze nel blocco operatorio