
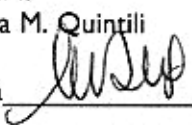
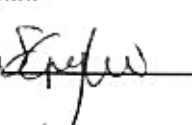

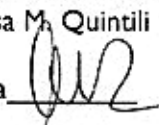


 <small>ISTITUTO SANITARIO REGIONALE</small> ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili		 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno		Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 1 a 10 0 SPRM PRO 04



Rev. n.	Data	Causale modifica	Redatto da:	Verificato da:	Approvato
00	14/01/2013	Prima Stesura	Dr.ssa M. Vescia Dott. F. Angelini C.I. C. Fozzi	Risk Manager Dr.ssa M. Quintili	Direttore Sanitario Dott. F. Siciliano
01	10/05/2016	Aggiornamento	GDL ASPP Dr.ssa S. Cinalli CPSE G. Andreoli Il 10/05/2016	Risk Manager Dr.ssa M. Quintili	Direzione Sanitaria Aziendale Dr. M. Goletti

REVISIONE	DATA	CAUSALE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
2	02/07/2018	Aggiornamento	GdL Risk Management	Direttore UOC S.P.R.M. Dr.ssa M. Quintili Firma  P.O. Dr.ssa S. Greghini Firma  Data <u>20/7/18</u>	Area Direzione Ospedaliera Dr.ssa P. Chierchini Firma  Data <u>24/07/2018</u> Direttore UOC SPRM Dr.ssa M. Quintili Firma 



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO	
		Rev.2 del 02/07/2018	Pag. 2 a 10
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	0 SPRM PRO 04	

INDICE

1. PREMESSA
Errore. Il segnalibro non è definito.
2. OBIETTIVO
Errore. Il segnalibro non è definito.
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
Errore. Il segnalibro non è definito.
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI
Errore. Il segnalibro non è definito.
5. RESPONSABILITÀ
Errore. Il segnalibro non è definito.
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSO 6
7. ALLEGATI
Errore. Il segnalibro non è definito.
8. MATERIALI / DISPOSITIVI / ATTREZZATURE 6
9. MODALITÀ E FASI DI APPLICAZIONE 6
10. VERIFICA DI APPLICAZIONE: INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E
 REGISTRAZIONE 6
11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA
Errore. Il segnalibro non è definito.
12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI
Errore. Il segnalibro non è definito.
13. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI
Errore. Il segnalibro non è definito.

 <small>ISTITUTO SANITARIO REGIONALE</small> ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO	
		Rev.2 del 02/07/2018	Pag. 3 a 10
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	0 SPRM PRO 04	

- All. 1 MRA01 (fax simile richiesta autorizzazione annuale accesso alla C.O.) 7
- All. 2 MRA02 (fax simile richiesta autorizzazione accesso occasionale alla C.O.) 8
- All. 3 MRA03 (fax simile richiesta autorizzazione accesso occasionale alla C.O. di Specialisti) 9

 ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 4 a 10 0 SPRM PRO 04

1. PREMESSA

Nelle attività operatorie delle Specialità Chirurgiche e delle Specialità Mediche Interventistiche gli operatori sanitari, nello svolgere le loro attività di sala operatoria, possono avere la necessità di avvalersi della collaborazione ripetuta di Specialist o della partecipazione occasionale di colleghi medici per particolari esigenze chirurgiche.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo della presente Procedura Operativa è quello di regolamentare l'accesso in sala operatoria, sia nei casi degli ingressi ripetuti che di quelli occasionali, per la sicurezza degli operatori sanitari dipendenti dell'Azienda ASL ROMA I, dei pazienti e degli Specialist e/o colleghi medici che collaborano alle attività chirurgiche e/o interventistiche.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata in tutte le Sale Operatorie dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ASL ROMA I

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI



DSP = Direzione Sanitaria di Presidio
 SPRM = UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management
 UOC = Unità Operativa Complessa
 UOSD = Unità Operativa Semplice Dipartimentale
 UOS = Unità Operativa Semplice
 C.O. = Camera Operatoria o assimilata
 D.M. = Dispositivi Medici
 DPI = Dispositivi di Protezione Individuali
 DUVRI = Documento Unico Valutazione Rischi da Interferenze
 SPECIALISTA = Professionista specializzato in un'attività o studio particolare
 SPECIALIST = Personale non assunto dall'Azienda, inviato dalle aziende fornitrici di D.M. (protesici, strumentali ecc.) a supporto degli operatori sanitari e medici durante l'intervento chirurgico.

5. RESPONSABILITÀ

5.1 Il Direttore di UOC o Responsabile di UOSD/UOS deve comunicare al Coordinatore Infermieristico della C.O. e per conoscenza alla DSP del Presidio Ospedaliero di riferimento, la denominazione sociale delle aziende che forniscono D.M. il cui utilizzo in C.O. preveda la presenza di Specialist di prodotto, tecnici o altro personale sanitario.

Anche nel caso che si ritenga necessaria la presenza occasionale di specialisti esterni alla ASL (medici di altra struttura sanitaria ecc) alle attività di sala operatoria, deve comunicare al Coordinatore Infermieristico, tramite il modello MRA03 (all.2), con allegata una autocertificazione rilasciata dallo specialista esterno che comprenda:

- Copertura assicurativa RCT
- Impegno rispetto alla Privacy
- N.O. della struttura sanitaria di provenienza

 SOTTO AL SEGNIO NOSTRO ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 5 a 10 0 SPRM PRO 04

5.2 Le aziende fornitrici di D.M. devono comunicare al Coordinatore della C.O., su propria carta intestata secondo il modello MRA01 (all. 1), l'elenco nominativo del personale da abilitare all'accesso.

Lo Specialist non compreso nell'elenco fornito dalle aziende ed autorizzato dalla DSP non può accedere alle attività di C.O.

In caso eccezionale di sostituzione improvvisa dello Specialist autorizzato in elenco con altro Specialist, l'azienda dovrà tempestivamente avvisare il Coordinatore Infermieristico della C.O. ed avviare la pratica autorizzativa all'accesso con la compilazione del modello MRA02 (all. 2).

5.3 Il Coordinatore della C.O. controlla l'idoneità della documentazione e la trasmette alla DSP per il rilascio dell'autorizzazione alle aziende richiedenti.

Avrà cura di custodire l'eventuale autorizzazione rilasciata dalla DSP.

All'inizio dell'attività operatoria verifica:

- L'identità dello Specialist da accertarsi tramite l'elenco autorizzato dalla DSP;
- Che lo stesso svolga esclusivamente le sue attività nel rispetto dei regolamenti Aziendali e interni della C.O. e secondo le direttive del chirurgo operatore;
- Che gli venga fornito l'abbigliamento e i DPI necessari per l'ingresso in C.O.
- Istituisce il registro interno di presenza del personale oggetto della presente procedura sul quale annota gli accessi che dovranno contenere le seguenti informazioni:



Data	Nome e Cognome	Azienda di appartenenza	Ruolo	Specialità Chirurgica	N. dell'atto operatorio
------	----------------	-------------------------	-------	-----------------------	-------------------------

5.4 La DSP vista la documentazione e la richiesta di autorizzazione presentata, rilascia il N.O. all'accesso in C.O. dello Specialist e ne trasmette copia al Direttore di UOC, responsabile di UOSD/UOS ed al Coordinatore di C.O.

5.5 Il Direttore della U.O.C. o il Responsabile di UOSD/UOS, in collaborazione con la UOC SPRM, elabora il DUVRI e ne consegna copia all'azienda interessata.

5.6 La partecipazione dello Specialist all'intervento chirurgico dovrà essere annotata nella lista operatoria e negli atti operatori correlati alla documentazione clinica del paziente.

5.7 Lo Specialist nell'accedere alla C.O., e durante la sua permanenza nella stessa, dovrà indossare i previsti DPI ed attenersi alle disposizioni che il Coordinatore Infermieristico per la tutela della salute e sicurezza sia propria, degli operatori sanitari e dei pazienti.

 <small>VIALE DELL'INDUSTRIA 100</small> ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili		 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno		Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 6 a 10 0 SPRM PRO 04

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSO

ATTIVITÀ	AZIENDA FORNITRICE DI D.M.	DIRETTORE UOC RESP. UOSD/UOS	COORD. INF. C.O.	DSP	SPECIALIST
Comunicazione annuale dell'elenco delle ditte che prevedono la presenza di Specialist	I	R	C	I	I
Elenco nominativo degli Specialist	R	I	I	I	C
Comunicazione di variazione nominativo dello Specialist	R	I	I	I	C
Trasmissione alla DSP dell'elenco annuale degli Specialist e/o di variazioni	I	I	R	I	I
Rilascio autorizzazione all'accesso	I	I	I	R	I
Istituzione del registro degli accessi e della compilazione	I	I	R	I	I
Custodia della documentazione autorizzativa all'accesso	I	I	R	I	I
Fornitura di DPI e verifica del corretto utilizzo	I	R	R	I	I
Comportamenti riferiti alle attività specifiche, adesione alle norme di prevenzione e sicurezza ed ai regolamenti interni	I	I	I	I	R

Legenda

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

7. ALLEGATI

All. 1 Modello MRA01 richiesta annuale di autorizzazione all'accesso in C.O. di Specialist

All. 2 Modello MRA02 richiesta di autorizzazione di accesso occasionale di Specialist in C.O.

All. 3 Modello MRA03 richiesta di autorizzazione di accesso occasionale in C.O. di Specialisti Medici

8. MATERIALI/DISPOSITIVI/ATTREZZATURE

Registro degli accessi di personale esterno (Specialist e Specialisti) in C.O.



9. MODALITÀ E FASI DI APPLICAZIONE

Immediata dalla data di approvazione da parte della Direzione Sanitaria Aziendale

10. VERIFICA DI APPLICAZIONE: INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE

Verifica periodica da parte della DSP e della UOC SPRM della tenuta da parte del Coordinatore Infermieristico:

- della documentazione autorizzativa agli accessi in C.O. di Specialist e Specialisti;
- dell'istituzione e compilazione del registro degli accessi di personale esterno.

 SOSSIA SOSTIANO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 7 a 10 0 SPRM PRO 04

1.1. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

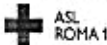

La presente P.O. verrà inviata ai Direttori di UOC, Responsabili di UOSD/UOS delle specialità Chirurgiche e Mediche Interventistiche, ai Coordinatori Infermieristici di C.O. ed assimilate, e sarà pubblicata nell'area intranet del portale aziendale

1.2. RIFERIMENTI NORMATIVI

D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003, Tutela delle persone ed altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e s.m.i.

1.3. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

- Ad un anno dalla sua applicazione
- In caso di variazioni dei regolamenti aziendali, normative o linee guida

 ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 8 a 10 0 SPRM PRO 04

All. I Cod. MRA01 (fax simile richiesta autorizzazione annuale accesso alla C.O.)
 (carta intestata azienda richiedente)

Alla c.a. del Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio

e p.c. Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero

Il sottoscritto _____ legale rappresentante dell'azienda _____
 fornitore di materiale:

☐ Protesico ☐ Elettromedicale ☐ di sintesi ☐ altro _____

Presso il Presidio Ospedaliero:

☐ Santo Spirito ☐ San Filippo Neri ☐ Oftalmico

CHIEDE

per i propri rappresentanti (di cui si allega elenco) l'autorizzazione all'accesso in Camera Operatoria al fine di partecipare alla seduta operatoria in qualità di:



☐ Specialsit Protesista ☐ Tecnico apparecchiature elettromedicali o strumentario chirurgico

☐ Specialist materiale di sintesi ☐ Altro: _____

Consapevoli di quanto stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. in merito alla responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- Dichiaro che tutti i propri rappresentanti in elenco sono coperti da polizze assicurative per responsabilità civili verso terzi e godono di sana e robusta costituzione fisica;
- Dichiaro di sollevare la ASL RMI da qualsiasi responsabilità su eventuali danni subiti o provocati da terzi;
- Dichiaro di essere a conoscenza che nessuna apparecchiatura elettromedicale e/o dispositivo chirurgico può essere introdotto in sala operatoria senza la prevista autorizzazione come da regolamento della ASL RMI;
- Dichiaro di impegnarsi al rispetto della Legge 675/96 sulla privacy

(timbro e firma) _____

 ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 9 a 10 0 SPRM PRO 04

All. 2 Cod. MRA02 (fax simile richiesta autorizzazione accesso occasionale alla C.O.)
 (carta intestata azienda richiedente)

Alla c.a. del Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio

e p.c. Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero

Il sottoscritto _____ legale rappresentante dell'azienda _____
 fornitore di materiale:

☐ Protesico ☐ Elettromedicale ☐ di sintesi ☐ altro _____

Presso il Presidio Ospedaliero:

☐ Santo Spirito ☐ San Filippo Neri ☐ Oftalmico

CHIEDE

a parziale modifica dell'elenco dei propri rappresentanti autorizzati all'accesso in Camera Operatoria di voler autorizzare il Sig./Dott. _____ in sostituzione del Sig./Dott. _____ al fine di partecipare alla seduta operatoria in qualità di:



☐ Specialist Protesista ☐ Tecnico apparecchiature elettromedicali o strumentario chirurgico

☐ Specialist materiale di sintesi ☐ Altro: _____

Consapevoli di quanto stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. in merito alla responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- Dichiaro che tutti i propri rappresentanti in elenco sono coperti da polizze assicurative per responsabilità civili verso terzi e godono di sana e robusta costituzione fisica;
- Dichiaro di sollevare la ASL RMI da qualsiasi responsabilità su eventuali danni subiti o provocati da terzi;
- Dichiaro di essere a conoscenza che nessuna apparecchiatura elettromedicale e/o dispositivo chirurgico può essere introdotto in sala operatoria senza la prevista autorizzazione come da regolamento della ASL RMI;
- Dichiaro di impegnarsi al rispetto della Legge 675/96 sulla privacy

(timbro e firma) _____

 <small>TOTI DI SANITARI REGIONALI</small> ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management Direttore Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	Procedura per l'autorizzazione all'ingresso in sala operatoria da parte di personale esterno	Rev.2 del 02/07/2018 Pag. 10 a 10 0 SPRM PRO 04

All. 3 Cod. MRA03 (fax simile richiesta autorizzazione accesso occasionale alla C.O. di Specialisti)
 (carta intestata della UOC richiedente)

Alla c.a. del Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio _____

e p.c. Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero _____

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Direttore UOC
 Responsabile UOSD/UOS _____

comunica che:

il Prof./Dott. _____, proveniente da altra struttura
 sarà presente in sala operatoria nel giorno _____ al fine di partecipare
 alla seduta operatoria in qualità di:

☐ Medico Chirurgo proveniente da altre strutture

☐ Medico Specialista in _____

☐ Altro _____

Azienda di appartenenza _____

Timbro e firma _____

Sezione da compilare da parte del professionista esterno e dall'Azienda di appartenenza

Il sottoscritto Prof./Dott. _____
 in servizio presso l'Azienda Sanitaria _____
 in qualità di _____ dichiara di essere in possesso di polizza
 assicurativa RTC e di impegnarsi al rispetto della legge sulla privacy e di partecipare all'intervento
 chirurgico/procedura in qualità di _____

N.O. dell'Azienda di appartenenza _____ Firma _____
 Data _____

N.O. Coordinatore Infermieristico C.O. _____ data _____

N.O. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero _____ data _____