



SOC RISCHIO CLINICO

ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA REDAZIONE E CONSERVAZIONE DEL REGISTRO OPERATORIO

Codice: AL.RCRI.025.2010.00

<i>Revisione</i>	<i>Data</i>	<i>Oggetto della revisione</i>
00	02.12.2010	Emissione
01	30.06.2011	1° rev. Modifiche apportate alle "Modalità operative"


<i>Redazione</i>	Dott. Durando Riccardo SOC Chirurgia P.O. Casale ASL AL CPSE Minetti Laura Blocco Operatorio P.O. Casale CPSI Ferrando Elisabetta SOC Rischio Infettivo ASL AL- P.O. Casale	
<i>Approvazione</i>	Dott. Tofanini Paolo Coordinatore PP.OO. ASL AL	
<i>Emissione</i>	Dott.ssa Costanzo Paola SOC Rischio Clinico ASL AL	



Istruzione operativa per la redazione e conservazione del registro operatorio

INDICE

1. RAZIONALE p. 3
2. OBIETTIVI p. 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE p. 3
4. DESTINATARI p. 4
5. MODALITA' OPERATIVE p. 4
6. BIBLIOGRAFIA p. 7

 <p>ASL AL REGIONE PIEMONTE</p>	Istruzione operativa per la redazione e conservazione del registro operatorio	
--	--	--

1. RAZIONALE

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

2. OBIETTIVI

Garantire la corretta redazione e conservazione del registro operatorio.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La raccomandazione si applica nei Blocchi Operatori dell' ASL AL per ogni intervento chirurgico.

4. DESTINATARI

La raccomandazione è rivolta a tutti gli operatori sanitari con funzione di “primo operatore” dei blocchi operatori dell’ASLAL coinvolti in un intervento chirurgico, ai coordinatori infermieristici delle sale operatorie.

5. MODALITA’ OPERATIVE

Il registro operatorio è realizzato su piattaforma informatica di gestione del paziente che, con apposito software, consente:

- 1) la stesura del referto operatorio
- 2) la conservazione per il tempo stabilito dalla Legge
- 3) la sua accessibilità e consultabilità attraverso il filtro di passwords idonee a garantire il rispetto della privacy.

Qualora fossero presenti problemi tecnici informatici che impedissero l’immediata refertazione su registro elettronico, il primo operatore è tenuto a provvedere alla compilazione dell’atto operatorio su apposito modello cartaceo, sul quale devono comunque essere riportati tutti i dati in seguito richiesti. La numerazione di tale atto deve seguire quella informatizzata (dato reperibile dal registro cartaceo delle stampe degli atti operatori informatizzati conservato in sala)

Il registro operatorio contiene i seguenti requisiti formali

- 1) Dati anagrafici del paziente
- 2) Classe ASA del paziente come da valutazione preoperatoria
- 3) La struttura di degenza dove è ricoverato il paziente e il regime di ricovero
 - a. ricovero ordinario
 - b. day surgery

- 4) la data dell'intervento chirurgico in formato gg/mm/aa
- 5) la possibilità di gestire gli interventi effettuati a scavalco di data
- 6) nome primo operatore
- 7) nome degli altri componenti l'equipe operativa
- 8) nome dell'anestesista
- 9) nome di altri anestesisti succeduti o affiancati al primo anestesista
- 10) nome del nurse di anestesia
- 11) nome dello strumentista
- 12) nome dello strumentista succeduto o affiancante il primo strumentista
- 13) l'ora di inizio e di fine del tempo chirurgico in formato ore/minuti
- 14) diagnosi per cui il paziente è giunto alla procedura o diagnosi desumibile dal quadro clinico al momento della procedura o da valutazioni istologiche estemporanee, con codice ICD-9-CM
- 15) tipo di procedura principale applicata con codice ICD-9-CM
- 16) Tipo di procedure secondarie o complementari
- 17) Utilizzo di apparecchiature radiologiche durante l'intervento
- 18) Esami istologici effettuati:
 - a. Intraoperatori
 - b. Postoperatori
- 19) Descrizione particolareggiata del tempo operatorio
 - a. Descrizione della via di accesso se presente
 - b. Descrizione del campo operatorio con riferimento
 - i. Alle lesioni rilevate
 - ii. Allo stato degli organi circostanti
 - iii. Alla presenza di eventuali lesioni secondarie o sincrone
 - c. Descrizione particolareggiata della procedura adottata con:
 - i. Razionale delle scelte effettuate

- ii. Tipo di materiale utilizzato per sutura ecc
- iii. Tipo di protesi utilizzate
- iv. Utilizzo di farmaci (per esempio sostanze favorenti l'emostasi o la tenuta delle suture) o presidi nel campo operatorio
- d. Descrizione di eventuali drenaggi con loro sede e tragitto
- e. Descrizione della chiusura della ferita chirurgica se presente
- f. Valutazione di radicalità in chirurgia oncologica

20) Firma del primo operatore o comunque del responsabile della redazione dell'atto operatorio .

Il sistema consente la redazione dell'atto operatorio da parte del 1° operatore alla conclusione dell'intervento chirurgico e prima che il paziente venga dimesso dal blocco operatorio

Il sistema deve consentire eventuali modificazioni dell'atto da parte dell'estensore, una volta effettuata la "chiusura" formale, con rintracciabilità qualitativa e temporale delle modifiche, fino al momento della chiusura della cartella clinica.

Il sistema consente in automatico la numerazione progressiva degli atti operatori in base al momento di redazione dei medesimi.

Se il sistema opera su una piattaforma unica per l'intero blocco operatorio può consentire una numerazione per struttura organizzativa erogante la prestazione.

Il registro operatorio viene custodito:

- 1) una copia cartacea dell'atto operatorio all'interno della cartella clinica del paziente;
- 2) una copia elettronica all'interno della piattaforma informatica su cui è implementata la procedura di refertazione.
- 3) Qualora il sistema informatico non garantisca la conservazione degli atti operatori, la sua progressiva numerazione o il riconoscimento della firma digitale,

è necessario che una copia dell'atto, firmata e numerata, venga custodita in un apposito registro cartaceo.

- 4) I registri operatori, elettronici o cartacei, in sequenza numerata e distinti per SOC/SOS di riferimento, devono essere conservati illimitatamente nel tempo.

5) RESPONSABILITA'

In materia di responsabilità relativamente alla formulazione e conservazione del registro operatorio si fa rilevare che:

- 1) Il primo operatore, che deve obbligatoriamente firmare l'atto operatorio, è responsabile della corretta compilazione dello stesso.
- 2) Nel caso in cui il primo operatore sia un medico in formazione specialistica, secondo quanto previsto dagli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, dovrà comunque risultare con la dicitura di primo operatore anche il nominativo del medico strutturato che svolge il ruolo di "Tutor". In tal caso l'atto operatorio sarà firmato da entrambi i medici: Tutor e Medico in Formazione
- 3) Nel caso che il primo operatore sia un consulente esterno alla struttura aziendale, ma autorizzato dalla direzione sanitaria, l'atto deve essere anche controfirmato da un dirigente strutturato o dal direttore della SOC.

Il responsabile della Soc/Sos è direttamente garante della corretta compilazione degli stessi, della tenuta e, in collaborazione con il Coordinatore Infermieristico della Sala Operatoria, della corretta conservazione delle copie cartacee degli atti operatori. E' necessario quindi che:

- 1) vigili affinché gli atti operatori vengano correttamente e completamente compilati
- 2) verifichi che una copia dell'atto sia sempre inserita nella cartella clinica del

paziente

- 3) impartisca disposizione sulle modalità di custodia di una eventuale ulteriore copia cartacea, mantenendo il documento in armadi o locali chiusi a chiave con accesso controllato
- 4) la responsabilità sulla conservazione delle copie cartacee degli atti operatori cessa quando le stesse vengono consegnate agli archivi centrali
- 5) Il direttore Medico di presidio è responsabile della conservazione della documentazione una volta consegnata all'archivio centrale dell'ospedale.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1) “ Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: raccomandazioni e check list”
- 2) Circolare Ministeriale 61 del 19/12/1986
- 3) Parere Consiglio Superiore di Sanità del 13/09/1995
- 4) Nota Ministero Sanità Prot. N. 900.2/2.7/190 del 14/03/1996