



ERRARE E'
UMANO...
PERSEVERARE
E'
MALASANITA'

L'errore in corsia

Paura dei ricoveri, denunce in aumento. Sulla sicurezza ora si...



Tre medici indagati dalla Procura di Milano. Il legale della clinica: nessun nesso
«Volevo sentirmi più bella. Invece ho perso la vista»
Il calvario di Chiara: intervento alle palpebre e infezione



Il Ventesimo anniversario della guerra p.118
Napoli al colosso p.40
La ripresa secondo il barbiere p.42

SSO



COPPA D'ARGENTO

del 24 Ottobre 2005 **CORRIERE DELLA SERA** estratto da pag. 24

Torna l'allarme malasanità In corsia 90 morti al giorno

Gli errori più frequenti in sala operatoria. I settori: ortopedia e oncologia

90 320 mila 32 per

LE VITTIME
Sono i malati che, secondo l'Associazione italiana oncologia, ogni giorno nascono per averli il malato

I MALATI
dovrebbero essere sottoposti a un'operazione di ortopedia, ma sono stati sottoposti a un'operazione di oncologia

Cresce l'errore in corsia

... 4 anni + 5,76% - Maggiori rischi il

del 12 Febbraio 2005 **IL GAZZETTINO** estratto da pag. 7

Scambio di flaconi, altra vittima

È morto anche il secondo paziente, 73 anni, sottoposto a un clistere con disinfettante
Quattro avvisi di garanzia sono raggiunti le infermiere magazziniere dell'ospedale. La direzione ribadisce: «L'operazione di clistere è stata eseguita correttamente»

Inchiesta DOTTORE TI DENUNCIO

Sono quasi 30 mila l'anno le cause dei pazienti contro i medici. Costano alla sanità pubblica assicurazione, aspettare decenni

INFORMAZIONE DI PARMA

Cronaca

Consegnata la sintesi della perizia su quanto accaduto il 27 agosto 2008 a Rapallo

Michela Merighi morta per un errore Emorragia causata in sala operatoria

“... le **cronache quotidiane** raccontano di incidenti in sala operatoria che **allarmano l’opinione pubblica e gli ammalati, compromettono la fiducia nei chirurghi,** talvolta colpiti in maniera irreparabile, coinvolgono legalmente i responsabili della gestione delle strutture ed aggravano i problemi degli amministratori per l’**aumento dei costi assicurativi.**”

LEGALWEB

Hai subito un danno in ospedale?
Hai avuto un sinistro stradale?
Hai subito un'ingiustizia?

LEGALWEB

ti assiste per il risarcimento del danno,
assumendosi tutti i costi della pratica

Nessun risultato? Nessun compenso!

Contattaci al numero 011.433.84.59
oppure inviaci una e-mail all'indirizzo info@legalweb.it

LEGALWEB

metterà a tua disposizione la sua equipe di medici,
avvocati e consulenti

Sede legale Via Bagetti 15 - 10143 Torino - www.legalweb.it

Evento avverso

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili.

Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”

DIMENSIONE DEL PROBLEMA

- **In USA:**
 - **1992: ospedali Colorado e Utah:**
 - 50% eventi negativi secondari a chirurgia
 - 12.2 % della mortalità intraospedaliera attribuibile ad atti chirurgici
 - **1995-2002 (www.jcaho.org)**
 - Complicanze operatorie o postoperatorie: 23.1 % di tutti gli errori
 - 76% interventi su parti del corpo o organi sbagliati
 - 13 % interventi su pazienti sbagliati
 - 11% procedure chirurgiche sbagliate o non rispettate
- **Regione Lombardia (2007):**
 - Un errore medico su tre avviene in sala operatoria
 - In 7 anni risarcimento di 25 milioni di euro per interventi chirurgici sbagliati
- **Rapporto 2007 PIT-Salute (Cittadinanza attiva/TdM):**
 - Presunti errori medici riguardano prevalentemente (66%) la chirurgia

In Italia i volumi di attività chirurgica rappresentano il 40,6% della totalità dei ricoveri per acuti: nel 2007 sono stati dimessi circa 4 milioni e 600 mila pazienti a seguito di interventi o procedure chirurgiche; tra questi quasi 3 milioni sono stati eseguiti in regime ordinario e poco più di un milione e 600 mila in day surgery.

A livello nazionale, sono stati effettuati numerosi studi epidemiologici sulla frequenza delle infezioni del sito chirurgico, ma ad oggi non esistono dati sul più ampio tema dell'incidenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica; dalle esperienze di altri Paesi è stata riportata un'incidenza compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite nei ricoveri ordinari, con un tasso di mortalità compreso tra lo 0,4 % e lo 0,8 %; in tali studi, circa la metà degli eventi avversi sono stati considerati prevenibili.



SICUREZZA IN SALA OPERATORIA



A cura della
COMMISSIONE MEDICO-LEGALE DELLA SIC
Presidente: Prof. V. Mandalà

Eventi avversi

52% AVVENGONO IN SALA OPERATORIA

Riconducibili al trattamento - errori medici	6%
Condizioni del paziente	8%
Tecnologia disponibile	15%
Farmaci	9%
Area assistenziale	28%
Efficienza organizzativa	34%



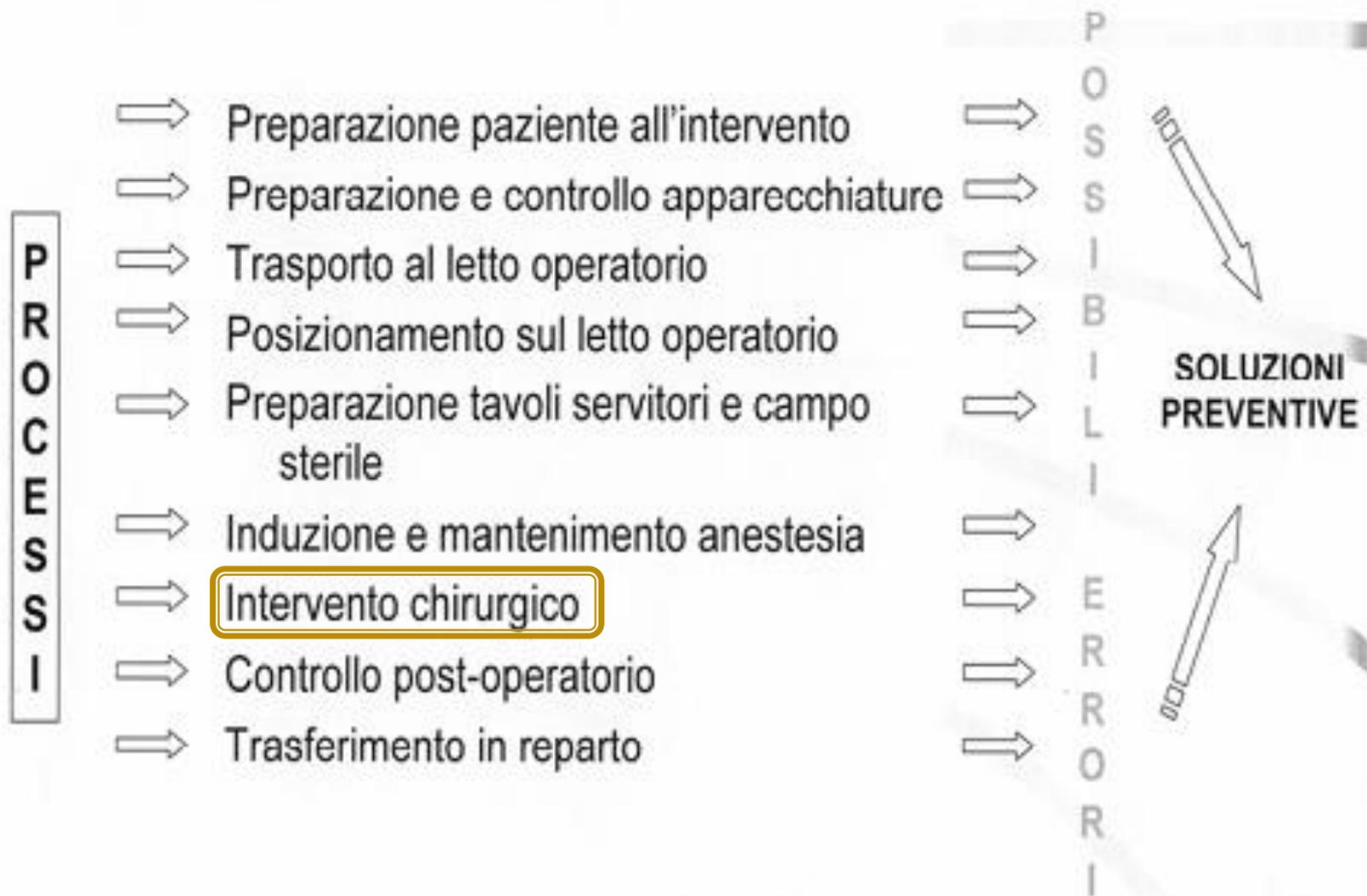
search ID: lka00713

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com

Rispetto ad altri settori, la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici:

- numero di persone e professionalità coinvolte
- condizioni acute dei pazienti
- quantità di informazioni richieste
- l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti
- l'elevato livello tecnologico
- molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti
 - dalla identificazione del paziente
 - alla correttezza del sito chirurgico
 - alla appropriata sterilizzazione dello strumentario
 - all'induzione dell'anestesia
 - ecc.

SALA OPERATORIA – INTERVENTO CHIRURGICO



Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell'équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere non lavorano isolatamente l'uno dall'altro e devono assicurare un clima di collaborazione tra le diverse professionalità, indispensabile per prevenire l'occorrenza di incidenti peri-operatori e per la buona riuscita dell'intervento.

Nel nostro Paese il problema della carenza di personale infermieristico ha indotto, talvolta, le aziende sanitarie ad impiegare altre figure professionali, quali l'operatore socio sanitario e l'operatore socio sanitario specializzato, coinvolgendole in alcune attività di sala operatoria tradizionalmente eseguite dagli infermieri, contribuendo ad aumentare il rischio di eventi avversi in sala operatoria.

“...penso che non commettere mai un errore sia una qualità che non appartiene al genere umano e quindi ... nemmeno a noi”.

Ritva H. Butt L., Banister G., “How nurses perceive medication errors” in Nursing Management 1996 jan(27 (1):31-34

- **Dati statunitensi riportano che circa l'85% degli errori rilevati in sanità derivano da difetti organizzativi dei sistemi, percentuale che scende al 33% secondo dati italiani.**
- **In ogni caso si è concordi nel riconoscere che l'errore del singolo viene determinato spesso da più fattori dell'organizzazione e, considerata l'elevata interdipendenza dei diversi sottosistemi in cui operiamo, ciascun professionista può diventarne corresponsabile.**

Censis in collaborazione con Assomed, Rischi ed errori nella sanità italiana, Roma 21 febbraio 2001

L'organizzazione deve dotarsi di memoria per potersi correggere, poiché "l'individuazione e l'analisi degli errori di oggi rappresentano il tesoro più grande di cui l'organizzazione dispone per il suo sicuro miglioramento".

Tartaglia R., Tomassini C.R., Abrami V., Nerattini M., Turco L., L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina in Rivista Diritto delle professioni sanitarie, 2002; 5 (1) pagg. 8 -9

Chi vuole affrontare in modo organico il problema del rischio clinico dovrà rispondere a molte importanti domande:

- **“quanti sono gli incidenti accaduti?”**,
- **“quanti si potevano evitare ed erano conseguenza di un "errore umano?"**,
- **“quanti invece erano imprevedibili ed inevitabili?”**.

Allo stesso tempo togliere dalla mente la domanda “chi è stato?”.

*non sperare che nessuno sbagli, ma
fare in modo che pochi sbaglino*

Sicurezza dei pazienti

Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti

cultura della sicurezza

la sicurezza del paziente (patient safety) è la garanzia di aver ridotto la probabilità di danno accidentale al livello minimo possibile in base alle conoscenze tecnico scientifiche attuali

“Può sembrare uno strano principio enunciare come il primo bisogno in un ospedale sia non recare alcun danno al malato”



Florence Nightingale, 1863

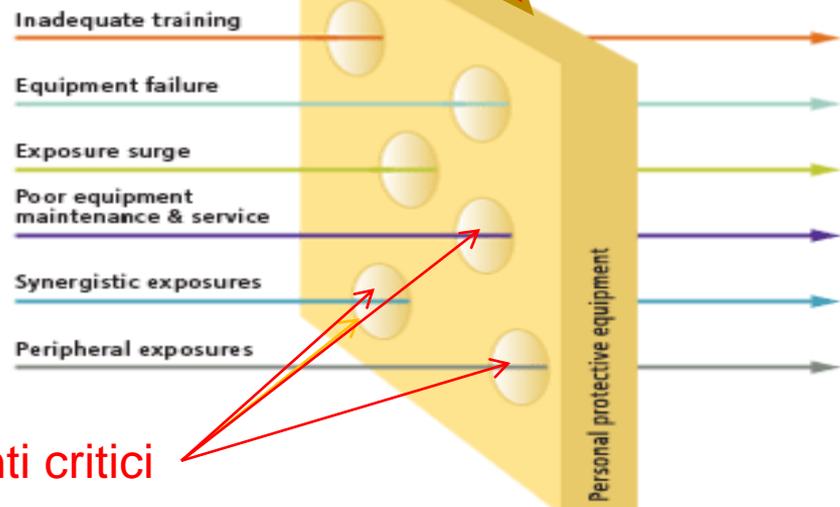
“It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a hospital that it should do the sick no harm”

Notes on Hospitals

strato difensivo dell'organizzazione



Potential exposures

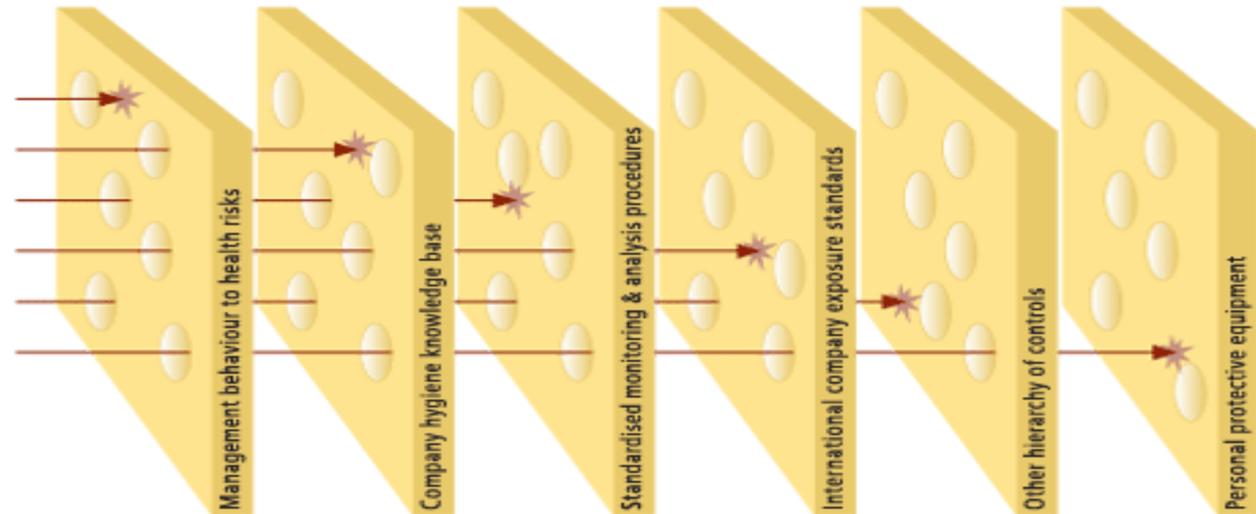


punti critici

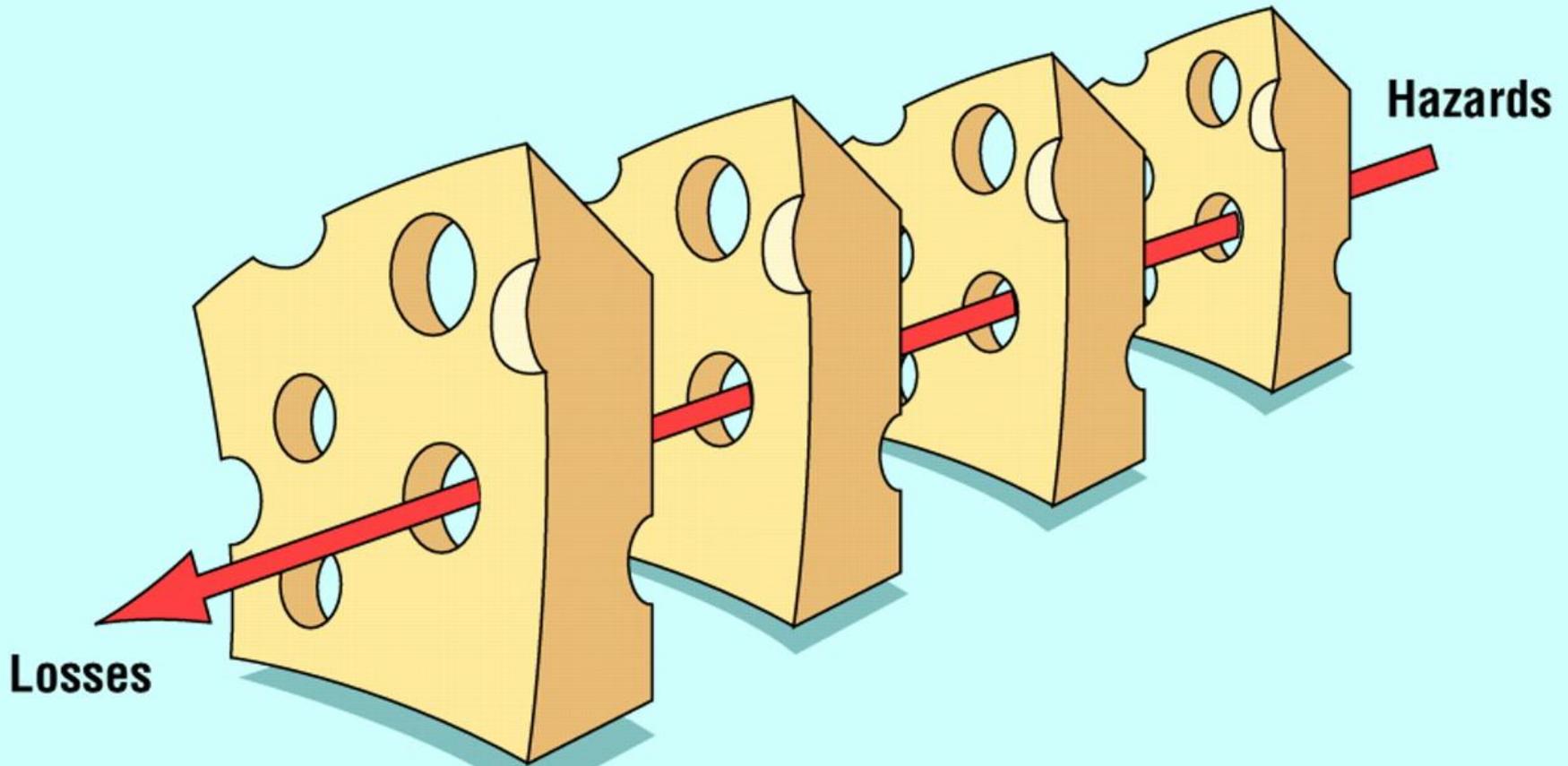
There may be many reasons why personal protective equipment alone may not be sufficient to protect against potential exposures.



Potential exposures



Control measures for reducing potential exposures



buchi allineati → traiettoria delle opportunità

Incidente = frutto di una concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto

“La mancanza di giudizio è responsabile di una pessima chirurgia che comprende la mancata esecuzione di interventi necessari o consigliabili, l’esecuzione di interventi inutili e superflui e di interventi inefficaci, imperfetti e scelti male.”

(Charles F.M. Saint, 1886-1973)



HOSPITAL MEDICAL ERRORS KILL 98,000 AMERICANS EACH YEAR. -- HEARST NEWS INVESTIGATION

POTEVA ANDARE
ANCHE PEGGIO.

NO.



Nel maggio del 2004, l'OMS ha avviato la **World Alliance for Patient Safety** in risposta alla risoluzione dell'assemblea mondiale sanitaria del 2002, in cui si chiedeva agli Stati Membri ed all'OMS di porre la massima attenzione al problema della sicurezza dei pazienti.

Ogni anno l'OMS avvia programmi e progetti volti alla sicurezza dei pazienti e, tra questi, il tema della sicurezza in sala operatoria è stato individuato quale importante sfida e priorità globale per la sicurezza dei pazienti (**second global safety challenge**).

Il programma **“Safe Surgery Saves Lives”** mette in evidenza la stretta relazione intercorrente tra sicurezza dell'assistenza chirurgica e vite umane potenzialmente salvate; l'impatto, in termini di sanità pubblica globale, è enorme se si considerano l'immenso volume di procedure chirurgiche erogate nel mondo, il tasso di mortalità, l'incidenza di eventi avversi e la evitabilità degli stessi.

Per tale scopo, il programma OMS é finalizzato a:

- fornire direttive sulla sicurezza in sala operatoria agli operatori coinvolti in tali attività ed agli amministratori ospedalieri;
- definire un dataset minimo di indicatori per il monitoraggio nazionale ed internazionale della sicurezza dell'assistenza in sala operatoria;
- individuare un semplice set di standard per la sicurezza in sala operatoria da includere in una checklist da implementare nelle sale operatorie di tutti i Paesi ed in diversi setting;
- sperimentare la checklist e gli strumenti per la sorveglianza da diffondere successivamente in tutte le strutture sanitarie del mondo.

Nel 2008 sono state pubblicate e diffuse le linee guida OMS “Guidelines for Safe Surgery” per la sicurezza in sala operatoria. Esse si pongono l’obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza che possano essere adattati nei diversi Paesi e setting operativi, rafforzandone i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori.

Inoltre, sulla base di tali raccomandazioni, l’OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire, in modo sistematico, l’aderenza all’implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi evitabili.

I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in otto ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l’utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie (17).



*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**



Ottobre 2009

- **Società Italiana di Chirurgia - SIC**
- **Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani - ACOI**
- **Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva - SIAARTI**
- **Associazione Infermieri di Camera Operatoria - AICO**
- **Società Italiana di Anatomia, Patologia e Citopatologia Diagnostica – SIAPEC**
- **Società Italiana Farmacia Ospedaliera - SIFO**
- **Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere - ANMDO**
- **Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria - SIQuAS-VRQ**
- **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri - FNOMCEO**
- **Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia -IPASVI**
- **Federazione Nazionale Collegi Ostetriche – FNCO,**

 Regione Emilia-Romagna



Agenzia sanitaria e sociale regionale

Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria

Febbraio 2010

Obiettivo

Migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici eseguiti nel SSN attraverso

1) la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori (capitolo 4)

2) l'implementazione degli standard di sicurezza tramite l'applicazione della Checklist per la sicurezza in sala operatoria in tutte le sale operatorie e nel corso di tutte le procedure chirurgiche effettuate (capitolo 5).

Destinatari del documento ed implementazione

Il presente documento è rivolto principalmente a:

1) direzioni aziendali, uffici di qualità, direttori di dipartimento chirurgico e di anestesia e rianimazione, dirigenti infermieristici e tutti i responsabili dell'organizzazione e gestione delle sale operatorie;

2) équipe chirurgiche e relative componenti professionali: chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e altro personale di sala operatoria coinvolto in attività chirurgiche.

**Le raccomandazioni del presente documento non riguardano i pazienti in età pediatrica e le pazienti ostetriche.
In questo documento non vengono trattati gli aspetti relativi alla corretta gestione degli impianti e delle tecnologie di sala operatoria**

Le raccomandazioni richiedono un processo di adattamento e contestualizzazione, che le renda compatibili alle caratteristiche ed alle esigenze dell'organizzazione che le adotta.

Le attività del Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali sulla sicurezza in sala operatoria

Per gestire il problema della sicurezza dei pazienti il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali ha avviato le seguenti linee di attività:

1. monitoraggio degli eventi sentinella
2. elaborazione di raccomandazioni
3. elaborazione di un manuale per l'analisi degli errori e di strategie per l'implementazione della formazione
4. metodologie di coinvolgimento dei pazienti
5. sistema di monitoraggio delle polizze assicurative

L'elaborazione di raccomandazioni da parte del Ministero ha l'obiettivo di richiamare l'attenzione degli operatori sanitari su condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore e su procedure potenzialmente pericolose; nel contempo intende fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori nel favorire il cambiamento del sistema.



Infermiera!

Vada su internet ed inserisca in un motore
la frase "cosa+fare+se+il+paziente+si+sveglia"...

Le raccomandazioni riportate in questo capitolo sono riferite a 16 obiettivi specifici, che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS "Guidelines for Safe Surgery", con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anche con la collaborazione degli esperti del gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti.

i sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria

Obiettivo 1

Operare il paziente corretto ed il sito corretto

Obiettivo 2

Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico

Obiettivo 3

Identificare in modo corretto i campioni chirurgici

Obiettivo 4

Preparare e posizionare in modo corretto il paziente

Obiettivo 5

Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali

Obiettivo 6

Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria

Obiettivo 7

Controllare e gestire il rischio emorragico

Obiettivo 8

Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica

Obiettivo 9

Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio

Obiettivo 10

Prevenire il tromboembolismo postoperatorio

Obiettivo 11

Prevenire le infezioni del sito chirurgico

Obiettivo 12

Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria

Obiettivo 13

Gestire in modo corretto il programma operatorio

Obiettivo 14

Garantire la corretta redazione del registro operatorio

Obiettivo 15

Garantire una corretta documentazione anestesiologicala

Obiettivo 16

Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

Obiettivo 1. Operare il paziente corretto ed il sito corretto

L'errata identificazione dei pazienti o del sito chirurgico è un evento avverso poco frequente, ma quando si verifica può provocare gravi conseguenze al paziente e compromettere seriamente la fiducia dei cittadini nei confronti dei professionisti e dell'intero sistema sanitario.

Raccomandazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura (<http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>)

Obiettivo 2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico (1)

- Il conteggio sistematico di garze, bisturi, aghi e ad ogni altro materiale deve essere effettuato ogni volta che si eseguono interventi chirurgici che comportano l'apertura della cavità peritoneale, retroperitoneale, pelvica o toracica.
- Il chirurgo dovrebbe eseguire una sistematica esplorazione della ferita al momento della chiusura di ciascuna cavità anatomica o del sito chirurgico.

Obiettivo 2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico (2)

- Il conteggio deve essere effettuato per tutte le procedure nelle quali è previsto l'utilizzo di garze e altri strumenti che potrebbero essere ritenuti all'interno del paziente e dovrebbe essere effettuato nelle seguenti fasi :

1. prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale)
2. durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità
3. prima di chiudere la ferita
4. alla chiusura della cute o al termine della procedura
5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe

Obiettivo 2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico (3)

- Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario deve essere effettuato dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento.
- Il conteggio deve essere registrato, con il nome e la qualifica del personale che lo esegue, e specificando chiaramente concordanze o discrepanze del conteggio finale. Tali risultati devono essere chiaramente comunicati a tutti i componenti dell'équipe.
- Tecnologie validate per il conteggio automatico, quali garze con codici a barre o con marcatori a radio frequenza dovrebbero essere tenute in considerazione, quando sono disponibili

Obiettivo 3. Identificare in modo corretto i campioni chirurgici (1)

- **Ogni campione (o campioni multipli dello stesso paziente) deve essere accompagnato da una apposita richiesta di esame.**
- **L'équipe operatoria deve verificare, per ogni richiesta di esame, la corretta compilazione della richiesta e la corretta etichettatura (sulle pareti e non sul coperchio) del contenitore con le seguenti informazioni da riportare su entrambi:**
 - 1) Identificazione del paziente (nome, cognome, data di nascita, sesso)**
 - 2) Identificazione del richiedente (unità operativa, nome, cognome e firma del richiedente)**

Obiettivo 3. Identificare in modo corretto i campioni chirurgici (2)

3) Identificazione del materiale, specificando data del prelievo, tipo di prelievo, localizzazione topografica e lateralità del prelievo (es. prostata lobo destro, rene destro, cute braccio destro, lobo superiore del polmone sinistro, ecc)

4) Modalità di conservazione del campione (senza fissativo “a fresco” o se in liquido fissativo)

5) Numero di contenitori; in caso di prelievi multipli differenziati deve essere riportato il numero arabo identificativo del campione, corrispondente a quanto riportato sulla richiesta; sul contenitore deve essere riportata l'eventualità di rischio biologico nel caso di materiali provenienti da pazienti con patologie infettive rilevanti.

- Un operatore dell'équipe deve leggere ad alta voce le informazioni contenute sulla richiesta di esame e sul contenitore ed un secondo operatore controlla e conferma verbalmente (doppio controllo).

Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente (1)

Preparazione del paziente

- La direzione aziendale deve elaborare ed implementare un protocollo per la corretta preparazione dei pazienti, che deve prevedere almeno l'igiene del paziente, l'eventuale tricotomia del sito chirurgico, il digiuno, la gestione di protesi (ad esempio protesi dentarie, acustiche o oculistiche), la gestione di monili/piercing e cosmetici, l'abbigliamento appropriato per la sala operatoria e le modalità di invio del paziente in sala operatoria.

Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente (2)

Corretto posizionamento del paziente (a)

-La direzione sanitaria aziendale deve adottare una procedura per il corretto posizionamento dei pazienti e per le tecniche da adottare nelle diverse tipologie di interventi, con *particolare riferimento alle manovre da evitare*. La procedura deve anche prevedere un addestramento specifico degli operatori.

-Deve essere assicurata la presenza di appositi presidi e dispositivi di prevenzione di lesioni posturali.

Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente (3)

Corretto posizionamento del paziente (b)

- Tutti i componenti dell'équipe operatoria condividono la responsabilità per il corretto posizionamento del paziente, collaborano all'identificazione e esecuzione della posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo di intervento ed alla tecnica chirurgica, compatibilmente con la necessità di assicurare la sorveglianza anestesiologicala e le condizioni ottimali di omeostasi respiratoria e cardiovascolare, evitando di procurare danni fisici da compressione e/o stiramento di strutture nervose, articolazioni e/o tessuti.

Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente (4)

Corretto posizionamento del paziente (c)

-L'anestesista deve controllare e verificare il corretto posizionamento del capo e assicurare la pervietà delle vie aeree.

-Nelle specialità chirurgiche del distretto capo-collo il chirurgo condivide la manovra di posizionamento della testa

- L'infermiere di sala operatoria deve posizionare il paziente secondo le indicazioni del 1° operatore e dell'anestesista ed assicurare la protezione dei punti di compressione.

Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali (1)

Requisito fondamentale per una anestesia sicura è la presenza continua di un anestesista per l'intera durata dell'anestesia e fino al recupero delle condizioni cliniche che consentono la dimissione dal blocco operatorio.

- Prima di eseguire l'anestesia si deve verificare che i pazienti sottoposti a chirurgia elettiva siano a digiuno. Per l'adulto il digiuno da un pasto regolare è di 8 ore, da un pasto leggero è di 6 ore; possono essere assunti liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'anestesia. Per il bambino l'ultimo allattamento al seno deve essere eseguito almeno 4 ore prima dell'anestesia, il digiuno da altri tipi di latte deve essere di 6 ore; per quanto riguarda i cibi solidi il digiuno da osservare è lo stesso dell'adulto così come per quel che riguarda i liquidi chiari. I pazienti con reflusso, devono essere trattati preventivamente per ridurre la secrezione gastrica ed aumentare il pH

Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali (2)

- Una miscela di gas arricchita con ossigeno deve essere disponibile per tutti i pazienti
- L'ossigenazione e la perfusione dei tessuti deve essere monitorata in continuo utilizzando un pulsossimetro a tono acustico variabile in base alla percentuale di saturazione dell'ossigeno periferico ed udibile all'interno di tutta la sala operatoria.
- Deve essere monitorizzata continuamente la pervietà delle vie aeree e la ventilazione. Ogni volta che viene impiegata la ventilazione meccanica, deve essere predisposto e collegato il dispositivo di allarme per la deconnessione del circuito di ventilazione dal paziente.

Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali (3)

- Deve essere monitorata durante tutta la fase di ventilazione assistita/meccanica la concentrazione di ossigeno inspirato e un dispositivo di allarme dovrebbe essere tarato su una bassa percentuale di ossigeno. Inoltre, deve essere utilizzato un dispositivo di protezione in caso di erogazione di miscele di gas ipossici e un allarme che indichi l'interruzione della somministrazione di ossigeno.
- Devono essere costantemente misurate e visualizzate su display la concentrazione di CO₂ espirata e la sua curva (capnografia) per confermare il corretto posizionamento del tubo endotracheale e l'adeguatezza della ventilazione.
- Devono essere misurate senza soluzione di continuità le concentrazioni di alogenati così come il volume dei gas inspiratori o espiratori.

Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali (4)

- Deve essere utilizzato un monitor paziente con canale ECG dotato di frequenza minima e massima per monitorare la frequenza cardiaca ed il ritmo.
- Deve essere effettuato almeno ogni 5 minuti o più frequentemente, se indicato dalle condizioni cliniche, il monitoraggio della pressione arteriosa.
- Deve essere sempre disponibile un defibrillatore cardiaco.
- Deve essere monitorata la temperatura corporea, tramite apposito dispositivo per la misurazione continua o ripetuta, nei pazienti esposti al rischio di ipotermia passiva (neonato, grande anziano) e durante procedure accompagnate da termodispersione (ad esempio, ampie laparatomie).
- Devono essere disponibili sistemi di riscaldamento attivo dei pazienti e presidi/dispositivi per inibire la dispersione termica intraoperatoria

Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali (5)

- Per quanto riguarda il rischio di ipertermia maligna: deve essere disponibile dantrolene sodico all'interno della struttura, in un ambiente noto a tutte le professionalità coinvolte.
- Deve essere sempre disponibile il monitoraggio della trasmissione neuromuscolare.
- Un sistema di monitoraggio della profondità di anestesia con parametri neurofisiologici dovrebbe essere disponibile per evitare che il paziente incorra in episodi di "awareness" intraoperatori nell'anestesia totalmente endovenosa
- Deve essere eseguita quotidianamente la verifica del corretto funzionamento dell'apparecchiatura di anestesia
- Il monitoraggio avanzato (in funzione del tipo di intervento chirurgico e del paziente) deve essere attuato secondo linee guida di riferimento

Obiettivo 6. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria (1)

- Prima dell'avvio di qualsiasi tipo di anestesia, tutti i pazienti dovrebbero essere valutati clinicamente ed essere oggetto di un'anamnesi accurata al fine di individuare eventuali difficoltà di gestione delle vie aeree, anche quando non sia prevista l'intubazione.
- La direzione aziendale dovrebbe predisporre ed implementare una procedura per la corretta gestione delle vie aeree anche nei casi critici e gli anestesisti di sala operatoria dovrebbero essere adeguatamente formati e preparati a metterla in pratica in caso di imprevista perdita della pervietà delle vie aeree. La procedura dovrà prevedere che, allorquando il paziente presenta caratteristiche anatomiche tali da far prevedere un possibile quadro di difficoltà nella gestione delle vie aeree, o una anamnesi suggestiva in tal senso, deve essere previsto l'intervento di un secondo anestesista esperto e deve essere predisposta l'intubazione tracheale mediante fibrobroncoscopio con il paziente in respiro spontaneo, garantendo, comunque, tutte le procedure idonee alla risoluzione del problema.

Obiettivo 6. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria (2)

- In qualunque caso, anche quando non sia disponibile una procedura aziendale in merito, laddove si verifichi una improvvisa ed imprevista difficoltà di intubazione e l'anestesia sia già stata indotta, l'anestesista dovrà garantire l'ossigenazione e la ventilazione, richiedere l'intervento di un secondo anestesista e decidere se procedere con l'intervento chirurgico o rinviarlo.

- Dopo aver eseguito l'intubazione, l'anestesista deve controllare che il tubo endotracheale sia correttamente posizionato tramite auscultazione, osservando la comparsa della curva capnografica sul monitor e verificando l'adeguatezza dell'ossigenazione.

Obiettivo 6. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria (3)

- I parametri di valutazione delle difficoltà di gestione delle vie aeree e la descrizione della facilità o della prevista/imprevista difficoltà alla intubazione e/o ventilazione devono essere registrati nella scheda anestesiologicala e comunicati successivamente ai pazienti.
- Tutti gli anestesisti dovrebbero essere esperti nella gestione delle vie aeree ed avere competenza, familiarità e padronanza nell'utilizzo delle diverse strategie per la risoluzione dei problemi relativi alla gestione delle vie aeree, prevedendo la possibilità di simulazioni operative con le metodiche già largamente diffuse e/o di un "affiancamento" per gli operatori alle prime esperienze.

Obiettivo 7. Controllare e gestire il rischio emorragico

- La Direzione aziendale, con il supporto del Comitato del buon uso del sangue (CBUS), deve adottare il protocollo aziendale per la corretta valutazione e gestione del rischio emorragico in sala operatoria e per la valutazione della richiesta massima di sangue per tipo di intervento (MSBOS: Maximum Surgical Blood Order Schedule), predisporne e monitorarne l'adozione da parte delle équipes chirurgiche.
- L'équipe operatoria deve sempre valutare il rischio della perdita di grandi quantità di sangue e, se il rischio risulta significativo, l'anestesista dovrà provvedere ad assicurare adeguati accessi venosi.
- In ogni caso, deve essere prevista una modalità di comunicazione tempestiva tra la sala operatoria e il Servizio trasfusionale per il rapido approvvigionamento di sangue ed emocomponenti a seguito di improvvise ed impreviste necessità.
- Negli interventi in cui è previsto il rischio di perdita di grandi volumi ematici, è opportuno avere a disposizione un sistema per il recupero perioperatorio del sangue e un dispositivo per l'infusione rapida di fluidi.

Obiettivo 8. Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica (1)

- Tutti i componenti dell'équipe devono avere un'ampia conoscenza della farmacologia di tutti i farmaci che prescrivono e somministrano, inclusa la loro tossicità.
- Il medico e/o l'infermiere devono sempre identificare in maniera esplicita il paziente a cui somministrano un farmaco.
- Prima di somministrare una terapia farmacologica deve essere sempre raccolta una anamnesi completa del paziente e dei farmaci assunti, incluso le informazioni sulle allergie e sulle reazioni di ipersensibilità.
- I preparati farmaceutici, soprattutto se in siringhe, devono riportare etichette compilate in maniera appropriata e comprensibile e devono essere verificati prima di effettuare qualsiasi somministrazione. e riportare tutte le informazioni utili (ad esempio, concentrazione, data di scadenza).
- All'atto di somministrare un farmaco, un'esplicita comunicazione tra il prescrittore e chi somministra dovrebbe assicurare che entrambi abbiano pienamente acquisito e compreso le indicazioni, le controindicazioni ed ogni altra rilevante informazione.

Obiettivo 8. Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica (2)

- I farmaci custoditi in scaffali e armadi o disponibili su carrelli devono essere sistematicamente ordinati anche per assicurare una corretta conservazione dei farmaci, separando quelli ad “alto livello di attenzione” e quelli di aspetto e con nome simili (LASA) che possono generare confusione nell’operatore.
- I farmaci per l’anestesia devono essere preparati ed etichettati dall’anestesista o dal personale qualificato che li somministra.
- I farmaci appartenenti alla stessa categoria terapeutica devono riportare un codice colore concordato, facilmente riconoscibile e comprensibile da tutta l’équipe.
- Gli eventi avversi da farmaci ed i near misses avvenuti durante la somministrazione endovenosa di farmaci in corso di intervento chirurgico devono essere segnalati, riesaminati ed analizzati.

Obiettivo 9. Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio (1)

La sorveglianza idonea e temporanea da parte di personale medico ed infermieristico specializzato in un'area che può essere la stessa sala operatoria oppure un ambiente adeguato e appositamente attrezzato è necessaria per la sicurezza dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici.

- L'Azienda sanitaria deve formalizzare una procedura aziendale sulla corretta gestione del risveglio e del controllo post operatorio che includa anche i tempi di osservazione, le modalità di dimissione e di trasferimento dei pazienti dal blocco operatorio ai reparti e la prevenzione delle cadute.
- L'osservazione temporanea del paziente consta di un monitoraggio clinico (respiratorio, cardiocircolatorio, neurologico, neuromuscolare, colorito cute e temperatura corporea) e, ove le condizioni del paziente lo richiedano, di uno strumentale (pulsossimetria, elettrocardiogramma, pressione arteriosa cruenta ed incruenta, impiego di devices attivi e passivi per garantire la normotermia).

Obiettivo 9. Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio (2)

- Un report verrà redatto durante tutto il tempo di osservazione. Questi dati possono essere annotati sulla cartella di anestesia oppure su una scheda apposita da allegare alla cartella clinica del paziente. Deve essere incoraggiato l'uso di appropriati sistemi a punteggio (tipo Aldrete) al momento della dimissione.
- La dimissione dall'area di risveglio viene decisa dall'anestesista dopo aver verificato le condizioni del paziente

dimettere il paziente dall'area di risveglio dopo aver verificato la sussistenza delle predette condizioni e in particolare:

- SpO₂>92% in aria ambiente (comunque considerando i valori di base del paziente adulto); > 95% in aria ambiente nel paziente pediatrico
- Presenza di dinamica ventilatoria efficiente
- Stabilità cardiovascolare (PA=+/-20% valori pressori di base nei pazienti adulti; FC=+/-20% valori di base nel paziente pediatrico)
- Ripresa dello stato di coscienza
- Valutazione della motilità: capacità di muovere i 4 arti, salvo blocchi anestetici e/o apparecchi di contenimento (Aldrete score)

Obiettivo 10. Prevenire il tromboembolismo postoperatorio

I pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia generale presentano una prevalenza di trombosi venosa profonda pari al 15-40%, in assenza di profilassi antitromboembolica.

- Le aziende sanitarie devono adottare una strategia aziendale proattiva e formalizzata per la prevenzione del tromboembolismo post-operatorio.
- Si raccomanda l'utilizzo di metodi attivi per l'adesione alla profilassi del tromboembolismo post-operatorio, quali i sistemi informatizzati di supporto alla decisione, schede prestampate, audit periodici
- Deve essere documentato il trattamento scelto, il dosaggio, la modalità e i tempi di somministrazione

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (1)

- Le direzioni aziendali devono adottare una strategia aziendale proattiva e formalizzata per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.
- La procedura aziendale per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico deve contenere informazioni basate sull'evidenza e deve comprendere le raccomandazioni contenute nella linea guida "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto - 2008", elaborata nell'ambito del Sistema Nazionale Linee guida incluse le raccomandazioni sull'indicazione alla profilassi antibiotica per tipologia di intervento chirurgico (Raccomandata, Non raccomandata).
- La decisione finale riguardante i benefici e i rischi della profilassi antibiotica per ogni singolo paziente dipenderà dal rischio di infezione del sito, dalla potenziale gravità dell'eventuale infezione, dalla efficacia della profilassi per quel determinato intervento, dalle possibili conseguenze della profilassi per quel determinato paziente.

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (2)

- Gli antibiotici utilizzati per la profilassi delle infezioni devono essere somministrati entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione, con il dosaggio appropriato e con lo spettro d'azione efficace nei confronti dei probabili agenti contaminati.
- Prima dell'incisione della cute, l'équipe operatoria deve controllare che gli antibiotici siano stati somministrati entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione. Qualora si rendesse necessario l'impiego della Vancomicina, l'inizio della infusione deve essere effettuata prevedendo che il suo completamento debba avvenire entro 1 ora dall'incisione della cute.

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (3)

- Dovrebbe essere tenuta in considerazione la somministrazione di una dose aggiuntiva intraoperatoria di antibiotico se:

- l'intervento è ancora in corso dopo un tempo dall'inizio dell'intervento pari al doppio dell'emivita del farmaco impiegato
- se la procedura chirurgica ha una durata superiore alle quattro ore
- se è presente una notevole perdita di sangue superiore ai 1500 ml o se è stata eseguita una emodiluizione oltre i 15 ml/Kg

Qualora si rendesse necessario l'impiego della Vancomicina, non è necessario ripetere il dosaggio nelle operazioni di durata inferiore a 10 ore.

- L'estensione della profilassi alle prime 24 ore postoperatorie non è giustificata, se non in presenza di situazioni cliniche definite, quando l'indice di rischio di infezioni postoperatorie è alto. La decisione di prolungare la profilassi oltre la durata stabilita dalla linea guida adottata dovrebbe essere sempre motivata in cartella clinica.

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (4)

- Tutte le sale operatorie devono sempre avvalersi di procedure per la verifica della sterilità degli strumenti chirurgici, dispositivi e materiali. Indicatori devono essere utilizzati per valutare la sterilità e devono essere controllati prima che la strumentazione venga introdotta sul campo sterile.
- Prima dell' induzione dell'anestesia, l'infermiere o un altro operatore responsabile per la preparazione del set chirurgico deve confermare la sterilità degli strumenti, tramite il controllo e la valutazione degli indicatori di sterilità e deve comunicare eventuali problemi al chirurgo e all'anestesista.
- Evitare la tricotomia a meno che i peli nell'area di incisione non interferiscano con l'intervento. Se la tricotomia è necessaria, dovrebbe essere eseguita solo nelle aree interessate, immediatamente prima dell'intervento e utilizzando rasoi elettrici con testine monouso; sconsigliato l'uso di creme depilatorie.

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (5)

- Durante l'intero periodo operatorio la temperatura corporea dovrebbe essere mantenuta nei limiti della norma, per ridurre le possibilità di insorgenza di infezioni.
- La glicemia deve essere controllata e mantenuta all'interno di valori per i quali la resistenza alle infezioni e i normali processi di cicatrizzazione non siano compromessi.
- La cute dei pazienti chirurgici deve essere preparata con un agente antisettico appropriato prima dell'inizio dell'intervento. L'agente antimicrobico dovrebbe essere scelto sulla base della capacità intrinseca di diminuire rapidamente la conta microbica cutanea e di mantenere tale effetto per l'intera durata dell'intervento.

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (6)

- L'antisepsi chirurgica delle mani dovrebbe essere assicurata da un sapone antimicrobico. Le mani e gli avambracci dovrebbero essere lavati per 2-5 minuti. Quando le mani sono fisicamente pulite, un antisettico deve essere utilizzato per l'antisepsi.
- I componenti dell'équipe chirurgica, prima dell'intervento, devono indossare una mascherina che copra adeguatamente bocca e naso, una cuffia/copricapo per coprire i capelli o un copricapo integrale per capelli e barba;
- I componenti dell'équipe chirurgica devono indossare guanti sterili dopo aver effettuato il lavaggio e l'asepsi delle mani e dopo aver indossato il camice sterile.
- Se possibile, incoraggiare il paziente a sospendere il fumo di tabacco nei 30 giorni precedenti l'intervento programmato.

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (7)

- I pazienti chirurgici dovrebbero effettuare una doccia pre-operatoria con sapone antisettico in monodose.
- Eventuali infezioni preesistenti devono essere eliminate prima di ogni intervento programmato.
- Usare teli chirurgici in grado di minimizzare il rischio di trasmissione di infezioni e che mantengano l'efficacia di barriera anche quando sono bagnati.
- Proteggere le ferite chirurgiche per 24-48 ore con medicazioni sterili.
- In sala operatoria deve essere mantenuta una ventilazione a pressione positiva, rispetto ai locali adiacenti.
- L'ingresso alla sala operatoria deve essere limitato al personale strettamente necessario per l'attività chirurgica

Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico (8)

- La sala operatoria deve essere pulita accuratamente, con detergenti antisettici, dopo interventi su ferite sporche o infette e alla fine di ogni giornata operatoria.
- Dovrebbero essere implementate procedure standardizzate di controllo delle infezioni.
- La sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico dovrebbe essere condotta in ogni azienda prospetticamente da personale specificamente formato nel controllo delle infezioni.
- Le équipes chirurgiche devono essere formate e aggiornate sulle tecniche per la prevenzione e il controllo delle infezioni almeno una volta l'anno.
- Il Comitato infezioni ospedaliere (CIO) deve adottare una procedura aziendale per il monitoraggio dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico, prevedendo periodicamente l'invio bidirezionale delle relative informazioni alle direzioni sanitarie, ai chirurghi e a tutti i professionisti delle équipes operatorie.

Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria (1)

E' sempre più forte l'evidenza che i fallimenti della comunicazione, quali omissioni di informazioni, errate interpretazioni, conflitti intercorrenti tra i componenti dell'équipe, sono una frequente causa di errori sanitari ed eventi avversi, che possono generare gravi danni ai pazienti, costituendo un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

- Le politiche aziendali devono favorire le discussioni interdisciplinari per assicurare un'adeguata pianificazione e preparazione di ogni intervento chirurgico e l'inserimento degli interventi nella lista operatoria, rafforzando i processi di comunicazione all'interno dell'équipe.

Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria (2)

- Nella fase preoperatoria deve essere garantita la comunicazione tra tutti i componenti dell'équipe:
 - il chirurgo deve sempre assicurarsi che i componenti dell'intera équipe siano informati sulle criticità dell'atto operatorio, sull'entità del rischio emorragico, sull'uso di eventuali dispositivi necessari per l'intervento (strumenti, impianti, e apparecchiature per la diagnostica per immagini intraoperatoria o di anatomia patologica) e su qualsiasi eventuale variazione tecnica rispetto alla procedura standard;
 - l'anestesista deve comunicare, sin dalla fase preoperatoria, ai componenti dell'équipe le eventuali criticità legate alla condizione clinica del paziente;

Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria (3)

- l'infermiere deve comunicare ai componenti dell'équipe operatoria eventuali criticità organizzative, come ad esempio la non disponibilità di particolari strumentazioni.
- Nei casi di bilateralità, parti del corpo multiple (ad esempio, dita di mani o piedi) o livelli multipli (ad esempio, colonna vertebrale) o quando si devono prendere decisioni intraoperatorie sulla estensione della resezione chirurgica con il supporto delle immagini radiografiche, l'équipe dovrebbe accertarsi che le immagini necessarie siano disponibili e visualizzabili in sala operatoria.

Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria (4)

- Al termine dell'intervento la comunicazione dovrà prevedere:**
- il chirurgo deve informare i componenti dell'équipe operatoria di tutte le eventuali variazioni apportate alla strategia chirurgica nel corso della procedura, di possibili problematiche postoperatorie e degli elementi essenziali del piano postoperatorio (antibiotici, profilassi della trombosi venosa profonda, drenaggi e medicazione della ferita);**
 - l'anestesista deve riferire ai componenti dell'équipe le condizioni cliniche del paziente registrate durante l'intervento e dare tutte le successive istruzioni necessarie per garantire un sicuro recupero nel post operatorio. Le consegne devono essere dedicate e differenziate a seconda che si trasferisca il paziente in reparto o in terapia intensiva;**
 - l'infermiere deve rendere note all'équipe eventuali problematiche riscontrate durante l'intervento o nella fase postoperatoria.**

Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria (5)

- Tutte le informazioni riguardanti il paziente chirurgico devono essere registrate nella documentazione sanitaria in modo accurato e completo e devono recare la firma di chi le ha riportate. La documentazione sanitaria, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti:

- a) chiarezza: scrittura chiara e comprensibile;
- b) veridicità: le informazioni registrate devono contenere elementi oggettivi;
- c) contemporaneità: le informazioni devono essere registrate contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato;
- d) protezione: protetta da manomissione, smarrimento, distruzione, accesso od uso non autorizzato;
- e) originalità e tracciabilità: una volta conclusa la compilazione della documentazione sanitaria, essa non deve essere soggetta a modificazioni o cancellazioni; ogni rettifica, modifica, nota aggiuntiva o correzione deve sempre risultare tracciabile e riportare data, autore e firma. Inoltre, deve essere riportata la motivazione che possa giustificare la correzione da parte dell'autore.

Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria (6)

- Le informazioni registrate dal chirurgo dovrebbero contenere almeno i seguenti elementi: la procedura principale e ogni altra procedura secondaria, il nome di ogni assistente chirurgo che ha partecipato all'intervento, i dettagli tecnici relativi alla procedura, strumenti o garze specificatamente ed intenzionalmente lasciate all'interno del paziente, la stima delle perdite ematiche intraoperatorie.
- Le informazioni registrate dall'anestesista devono includere almeno i seguenti elementi: ora di inizio e fine intervento, parametri vitali monitorati ad intervalli regolari, farmaci e liquidi somministrati durante l'intervento con bilancio delle entrate e delle uscite, ogni evento o presenza di instabilità intraoperatoria, (vedi obiettivo 15 sulla corretta documentazione anestesiologicala).
- Le informazioni registrate dagli infermieri devono includere almeno i seguenti elementi: conta di garze, aghi, taglienti e strumenti chirurgici effettuata nelle varie fasi dell'intervento; nome e ruolo del personale che ha eseguito il conteggio; strumenti o garze specificatamente ed intenzionalmente lasciate all'interno del paziente, qualsiasi provvedimento preso in seguito ad una discrepanza nel conteggio, eventuali motivazioni per cui non è stato eseguito il conteggio

Obiettivo 13. Gestire in modo corretto il programma operatorio (1)

- la direzione aziendale, in collaborazione con le unità operative chirurgiche, deve definire ed adottare una procedura aziendale per garantire la pianificazione sistematica degli interventi operatori;
- la procedura aziendale deve prevedere i criteri di inserimento dei pazienti nella lista operatoria (ad esempio tipologia di intervento, priorità cliniche, disponibilità dei posti letto di terapia intensiva);
- il responsabile dell'unità operativa chirurgica, sulla base della procedura aziendale ed in accordo con l'anestesista e con il coordinatore di sala operatoria, effettua una *pianificazione realistica* dell'attività chirurgica settimanale, specificando i seguenti elementi: sala operatoria, dati identificativi del paziente, patologia e tipo di intervento previsto, ora di inizio dell'intervento, durata prevista, équipe operatoria, tipo di anestesia pianificata in relazione alla valutazione preoperatoria, lato dell'intervento, posizione del paziente, necessità di emocomponenti, eventuali allergie (ad esempio, farmaci, lattice, ecc), ricovero programmato in terapia intensiva;

Obiettivo 13. *Gestire in modo corretto il programma operatorio (2)*

- il programma operatorio settimanale deve giungere tempestivamente, ad esempio il giovedì precedente la settimana programmata, alle figure coinvolte attivamente nell'organizzazione dei processi, quali i responsabili di blocco operatorio, del reparto di degenza, anestesia e rianimazione e della direzione sanitaria;
- il programma operatorio giornaliero deve giungere puntualmente entro le ore 12:00 del giorno precedente l'intervento alle figure coinvolte attivamente nell'organizzazione dei processi, quali i responsabili di blocco operatorio, del reparto di degenza, anestesia e rianimazione e della direzione sanitaria;
- Devono essere previste modalità per la gestione degli eventuali cambiamenti dei programmi operatori; i cambiamenti devono essere adeguatamente e tempestivamente comunicati a tutti i soggetti interessati

Obiettivo 13. Gestire in modo corretto il programma operatorio (3)

- vanno definiti requisiti oggettivi per la caratterizzazione degli interventi in emergenza/urgenza**
- la necessità di sale operatorie dedicate all'emergenza/urgenza deve essere valutata a livello aziendale, in riferimento alle criticità dei pazienti, al volume di attività ed alla tipologia degli interventi effettuati dalla struttura**
- il percorso emergenze/urgenze deve essere disegnato al fine di ridurre interferenze con l'attività chirurgica d'elezione; l'indicazione e la sequenza di priorità degli interventi in emergenza/urgenza devono essere condivise da parte di tutti i componenti dell'equipe coinvolti secondo parametri di appropriatezza**

Obiettivo 13. *Gestire in modo corretto il programma operatorio* (4)

- verifica dell'attività chirurgica: alla fine dell'intervento dovrebbe essere trascritto sul programma operatorio giornaliero se l'intervento è stato effettuato ovvero se non è stato eseguito, specificandone il motivo;
- modalità di archiviazione del programma operatorio giornaliero alla fine della giornata;
- responsabilità relativamente alla programmazione, verifica ed archiviazione del programma operatorio giornaliero;
- monitoraggio dell'effettiva implementazione della procedura aziendale per la gestione del programma operatorio giornaliero, adottando indicatori specifici, anche con riferimento alle cancellazioni di interventi programmati (late cancellations).

Obiettivo 14. *Garantire la corretta redazione del registro operatorio* (1)

- Le aziende sanitarie devono elaborare una procedura per la redazione del registro operatorio.
- Il registro operatorio deve comprendere almeno i seguenti requisiti formali:
 - unità operativa dove è ricoverato il paziente;
 - data dell'intervento chirurgico o qualunque procedura invasiva;
 - ora di ingresso e ora di uscita del paziente dalla sala operatoria;
 - ora di inizio dell'intervento chirurgico (momento di incisione della cute) ed ora di conclusione (momento di sutura della cute);
 - dati anagrafici del paziente;
 - classe ASA come da valutazione preoperatoria;
 - classificazione dell'intervento in pulito, pulito-contaminato, contaminato e sporco;
 - tipo di antibiotico somministrato, dose, via di somministrazione, numero di dosi e momento della somministrazione;
 - diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita (compreso il codice ICD-9-CM);
 - descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata;
 - chirurghi, anestesisti ed infermieri componenti dell'équipe operatoria, specificando qualifica, cognome e nome;
 - eventuali farmaci utilizzati dal chirurgo nel campo operatorio.

Obiettivo 14. *Garantire la corretta redazione del registro operatorio (2)*

- Il primo operatore alla conclusione dell' intervento chirurgico e prima che il paziente venga dimesso dal blocco operatorio redige e firma il registro operatorio.
- La redazione del registro operatorio è un atto pubblico per cui ogni modifica, aggiunta, alterazione o cancellazione di quanto già scritto si configura come falso in atto pubblico. Nell'ipotesi di una annotazione errata, è possibile redigere l'annotazione corretta, senza cancellare le precedenti scritture, che vanno barrate e firmate.

Obiettivo 15. Garantire una corretta documentazione anestesiologicala (1)

- I requisiti generali richiesti da una cartella anestesiologicala perioperatoria possono essere così sintetizzati:
 - fornire una base informativa per le scelte assistenziali razionali e per documentare la continuità assistenziale, descrivendo il quadro clinico, i processi diagnostico-terapeutici realizzati ed i risultati conseguiti;
 - consentire la tracciabilità, per le diverse attività svolte, di responsabilità delle azioni, cronologia delle stesse e modalità della loro esecuzione;
 - facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico- terapeutico;
 - costituire una fonte informativa per ricerche clinico-scientifiche, formazione degli operatori, studi valutativi dell'attività assistenziale ed esigenze amministrative e gestionali.

Obiettivo 15. Garantire una corretta documentazione anestesiologicala (2)

- In particolare la cartella clinica anestesiologicala sarà composta dalle seguenti sezioni:

1) valutazione preoperatoria, comprendente anagrafica, anamnesi anestesiologicala e generale (eventualmente raccolta anche mediante questionario), esame obiettivo anestesiologicalo, sintesi delle indagini preoperatorie, terapia farmacologica in atto, giudizio di idoneità alla procedura e consenso anestesiologicalo.

Al termine della valutazione preoperatoria deve essere prevista una sezione per la comunicazione delle indicazioni per il reparto, da utilizzarsi in caso di necessità (ad esempio: necessità trasfusionali, prescrizione della premedicazione o altre terapie).

2) valutazione immediatamente precedente l'intervento: il giorno dell'intervento è necessario effettuare una rivalutazione delle condizioni del paziente, per escludere l'insorgenza di nuove modificazioni dello stato di salute.

Obiettivo 15. Garantire una corretta documentazione anestesiologicala (3)

3) scheda intra-operatoria comprendente le seguenti informazioni:

- nome dell'anestesista che pratica il trattamento,**
- tipo di anestesia praticata,**
- presidi utilizzati,**
- modalità di ventilazione scelta,**
- griglia per il rilievo dei parametri vitali, dei farmaci e delle infusioni praticate,**
- schema per il bilancio idrico intraoperatorio,**
- spazio per eventuali segnalazioni**

Obiettivo 15. *Garantire una corretta documentazione anestesiologicala* (4)

4) risveglio, comprendente le seguenti informazioni:

- registrazione dei parametri monitorati
- valutazione del dolore
- farmaci e infusioni praticate nell'area di risveglio o sala operatoria,
- rilievo degli orari di ingresso ed uscita dall'area,
- ora e parametri rilevati all'uscita del paziente dal blocco operatorio

L'ora in cui viene autorizzata l'uscita del paziente dal blocco operatorio e le relative condizioni cliniche (eventualmente valutate mediante scale a punteggio) dovranno essere annotati in cartella.

5) indicazioni per il reparto relative ai trattamenti diagnostico-terapeutici, alla terapia antalgica e al monitoraggio postoperatorio.

Obiettivo 16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria (1)

- Le Direzioni Aziendali dovrebbero utilizzare strumenti per la misurazione della qualità dell'attività in sala operatoria.
- Le Direzioni Aziendali devono avviare una valutazione standardizzata e sistematica di tutti i casi di decesso occorsi nelle prime 24 ore post-intervento.
- I seguenti indicatori devono essere sistematicamente calcolati a livello ospedaliero:
 - tasso di mortalità nelle prime 24 ore post-intervento: numero di pazienti deceduti entro le prime 24 ore post intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un anno.
 - tasso di mortalità post operatoria intraospedaliera: numero di pazienti deceduti all'interno dell'ospedale entro 30 giorni dall'intervento chirurgico per categoria di intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un determinato periodo di tempo.

Obiettivo 16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria (2)

- tasso di infezioni del sito chirurgico: numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio per categoria di intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un determinato periodo di tempo
- tasso di reintervento: numero di reingressi in sala operatoria non programmati (entro 7 giorni dall'intervento) sul totale degli interventi effettuati

... la finalità, invece, è quella di migliorare la qualità assistenziale consentendo alla singola struttura sanitaria di identificare le aree per il miglioramento e tracciarne il trend temporale.

Sulla base delle raccomandazioni “Guidelines for Surgery” (1) l’OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria contenente 19 item, quale strumento guida per l’esecuzione dei controlli, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l’aderenza all’implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.

I tests effettuati in alcuni ospedali (Londra, Seattle, Toronto) hanno evidenziato che il mancato utilizzo della check-list può comportare che nel 64 % dei casi venga dimenticata almeno una delle verifiche ritenute indispensabili.

La checklist è stata oggetto di sperimentazione in un recente studio prospettico (17), condotto su un campione di otto ospedali di diversi Paesi, con un disegno dello studio di tipo before – after; dallo studio è emerso che l'implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie. In particolare, si è rilevato che il tasso di complicanze che era dell'11% nella fase precedente l'implementazione della checklist è sceso fino al 7% dopo l'introduzione della stessa ($p < 0,001$); alla stessa maniera il tasso di mortalità intraospedaliera si è ridotto dall'1,5% allo 0,8% ($p < 0,003$), il tasso di infezione del sito chirurgico si è ridotto dal 6,2% al 3,4% ($p < 0,001$), mentre il ritorno non programmato in sala operatoria è diminuito dal 2,4% al 1,8% ($p = 0,047$). A fronte dei diversi limiti dello studio, i risultati osservati suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

Haynes AB, Weiser TG, Gawande AA et al A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine. 2009; 360(5):491-9.

Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale

La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out), 20 item con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare (✓) dopo l'avvenuto controllo.

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____ Intervento Chirurgico _____ data _____

MODULO 776/a — check list

SIGN-IN I 7 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT I 7 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	SIGN-OUT I 6 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <p><input type="checkbox"/> Identità</p> <p><input type="checkbox"/> Sede Intervento</p> <p><input type="checkbox"/> Procedura</p> <p><input type="checkbox"/> Consensi (anestesiologico/chirurgico/emocomponenti)</p> <p>2) Il sito dell'intervento è stato marcato ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>3) Controlli delle apparecchiature di anestesia completati (compreso pulsossimetro presente)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Identificazione dei rischi del paziente:</p> <p>5) Il paziente presenta allergie ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7) Il paziente presenta rischio di perdite ematiche >500ml (7ml/Kg nei bambini)?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, accesso endovenoso adeguato e emocomponenti richiesti <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono noti a tutti i suoi membri</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>2) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano: identità del paziente, procedura, sito chirurgico e posizionamento</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>3) Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche ed altre criticità</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>5) L'infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>6) Profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60min ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> non applicabile</p>	<p>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p> <p>1) Il tipo di Procedura Chirurgica registrata (Quale procedura è stata eseguita?):</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>2) Il conteggio finale di garze, aghi e altro strumentario chirurgico è corretto:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>3) Il Campione Chirurgico con relativo contenitore e richiesta è stato etichettato secondo la procedura Aziendale:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>4) Eventuali problemi con i Dispositivi Medici segnalati</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> non applicabile</p>
<p><u>Firma Infermiere</u></p>	<p><u>Firma Anestesista</u></p>	<p><u>Firma Chirurgo</u></p>

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____ Intervento Chirurgico _____ data _____

MODULO 776/b — Rilevazione delle Deviazioni dallo Standard Regionale

SIGN-IN I 7 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia		TIME-OUT I 7 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	SIGN-OUT I 6 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p>1) IL PAZIENTE HA CONFERMATO:</p> <p><u>IDENTITA'</u></p> <input type="checkbox"/> braccialetto <input type="checkbox"/> barcode nosologico <input type="checkbox"/> nosologico <input type="checkbox"/> cartella <p><u>SEDE INTERVENTO</u></p> <input type="checkbox"/> non conferma della sede <p><u>PROCEDURA CHIRURGICA</u></p> <input type="checkbox"/> Non conferma della procedura <p><u>CONSENSO</u></p> <input type="checkbox"/> mancata firma del consenso chirurgico <input type="checkbox"/> mancata firma del consenso anestesilogico <input type="checkbox"/> mancata firma del consenso emocomponenti <p>2) IL SITO DELL'INTERVENTO MARCATO</p> <input type="checkbox"/> sito non marcato <input type="checkbox"/> errata marcatura del sito	<p>3) CONTROLLI APPARECCHIATURE ANESTESIA:</p> <input type="checkbox"/> test apparecchiature non effettuati <input type="checkbox"/> non corretto posizionamento pulsiossimetro <p>4) CONTROLLI APPARECCHIATURE DI SALA</p> <input type="checkbox"/> non corretto funzionamento <p>RISCHI PAZIENTE</p> <p>5) ALLERGIE:</p> <input type="checkbox"/> mancata segnalazione allergia <input type="checkbox"/> mancata visita anestesilogica <p>6) VIEE AEREE</p> <input type="checkbox"/> mancata segnalazione di criticità <p>7) PERDITE EMATICHE/ EMOCOMPONENTI</p> <input type="checkbox"/> mancata richiesta di unità a disposizione <input type="checkbox"/> mancata valutazione rischio emorragico	<p>1) COMPOSIZIONE EQUIPE</p> <input type="checkbox"/> componenti dell'equipe modificati rispetto alla lista operatoria <p>2) CONFERMA IDENTITA' PROCEDURA, SEDE, POSIZIONAMENTO</p> <input type="checkbox"/> variazione della procedura rispetto alla programmazione <input type="checkbox"/> posizionamento diverso rispetto alla lista operatoria <p>ANTICIPAZIONE CRITICITA'</p> <p>5) INFERMIERE VERIFICA STERILITA':</p> <input type="checkbox"/> problemi di sterilità DM/Strumentario <input type="checkbox"/> problemi di funzionalità DM/Strumentario <p>6) PROFILASSI ANTIBIOTICA:</p> <input type="checkbox"/> profilassi non eseguita quando necessario <input type="checkbox"/> profilassi non prescritta correttamente quando necessario <input type="checkbox"/> mancanza di farmaci <p>7) IMMAGINI DIAGNOSTICHE:</p> <input type="checkbox"/> immagini non disponibili quando necessario	<p>L'INFERMIERE CONFERMA</p> <p>2) CONTEGGIO GARZE:</p> <input type="checkbox"/> Conteggio garze non coincidente con conteggio pre-operatorio <input type="checkbox"/> Conteggio strumentario non coincidente con conteggio pre-operatorio <p>3) CAMPIONE CHIRURGICO</p> <input type="checkbox"/> Errata identificazione del campione <input type="checkbox"/> Errata preparazione del campione <p>4) DISPOSITIVI MEDICI</p> <input type="checkbox"/> Riscontro di difetti nell'uso dei DM <p>6) PROFILASSI TROMBOEMBOLICA</p> <input type="checkbox"/> piano profilassi non eseguito <input type="checkbox"/> profilassi non prescritta correttamente <input type="checkbox"/> mancanza dei farmaci presidi
<p><i>Firma Infermiere</i></p>		<p><i>Firma Anestesista</i></p>	<p><i>Firma Chirurgo</i></p>

Il coordinatore della Checklist

Per migliorare l'implementazione della checklist è consigliabile la designazione di un coordinatore della checklist tra i componenti dell'équipe operatoria, che sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe operatoria e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item; l'OMS suggerisce la designazione dell'infermiere di sala operatoria.

E' previsto che la maggioranza dei controlli venga effettuata verbalmente per verificare che i controlli previsti siano stati eseguiti.

In ciascuna fase è importante creare un ambiente lavorativo che faciliti il compito del coordinatore; l'équipe operatoria deve agevolare il coordinatore nel porre le specifiche domande e fornire le dovute risposte.

Adattamento della checklist alla propria organizzazione

Anche sulla base dei risultati positivi riportati dalla letteratura internazionale, si raccomanda alle strutture sanitarie del SSN di implementare la checklist nelle proprie sale operatorie, adattandola alle caratteristiche della propria organizzazione. Infatti, la checklist non ha valore esaustivo ed è stata elaborata anche per essere modificata ed integrata, sulla base delle specifiche esigenze locali.

E' fortemente sconsigliata la rimozione di item se la motivazione è riferita a resistenze all'interno del contesto lavorativo (ad esempio l'équipe non comprende l'utilità di questo strumento).

Se particolari esigenze locali o specifiche procedure rendono opportuna l'aggiunta di ulteriori controlli, sarà possibile arricchire la checklist con ulteriori item, avendo cura di non rendere troppo complessa la gestione e la praticabilità dei controlli stessi.

1° Fase: Sign In

Il Sign In si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti controlli:

- Conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso
- Sito marcato
- Controlli per la sicurezza dell'anestesia
 - Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature) e che sia stato confermato il corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro.
- Identificazione dei rischi del paziente
 - Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, di difficoltà di gestione delle vie aeree, di perdita ematica.

2° fase: Time Out (1)

Il time out è un breve momento di “pausa chirurgica” che si svolge dopo l’induzione dell’anestesia e prima dell’incisione cutanea, richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell’équipe e comprende i seguenti sette controlli:

- **Presentazione dell’équipe**

- **Il coordinatore chiede ad ogni componente dell’équipe operatoria di presentarsi, enunciando il proprio nome e il proprio ruolo. Se tale presentazione è già avvenuta nel corso della giornata operatoria, può essere sufficiente che ognuno confermi di conoscere tutti gli altri componenti dell’équipe.**

2° fase: Time Out (2)

- **Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento**
 - **Il coordinatore chiede all'équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica, il sito chirurgico e il corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato (ad esempio il coordinatore dice ad alta voce: "Adesso è l'ora del time out", quindi continua: "Siete d'accordo che il nome del paziente è XY, che sta per essere sottoposto ad intervento di riparazione di ernia inguinale destra?").**
 - **La casella deve essere riempita soltanto dopo che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere professionale abbiano dato conferma.**

2° fase: Time Out (3)

- **Anticipazione di eventuali criticità**
 - **Successivamente ogni componente, a turno, revisiona gli elementi critici del proprio programma operatorio, utilizzando, come guida, le domande della checklist; (ad esempio il chirurgo potrebbe dire: “Questo è un intervento di routine di X durata” e successivamente chiedere all’anestesista ed all’infermiere se ci sono elementi di preoccupazione; l’anestesista potrebbe rispondere: “non ho particolare preoccupazioni per questo caso”, mentre l’infermiere potrebbe dire: “La sterilità è stata verificata, non ci sono altri elementi di particolare preoccupazione”).**
- **Profilassi antibiotica**
 - **Il coordinatore chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 60 minuti precedenti. Il responsabile della somministrazione della profilassi antibiotica deve fornire conferma verbale.**

2° fase: Time Out (4)

Visualizzazione immagini

- Il coordinatore deve chiedere al chirurgo se la visualizzazione delle immagini è necessaria per l'intervento; in caso affermativo, conferma che le immagini essenziali sono disponibili nella sala e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

3° fase: Sign Out (1)

L'obiettivo del Sign Out è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe ed al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. Il Sign out dovrebbe essere completato prima che il paziente abbandoni la sala operatoria, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica, dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria e comprende i seguenti sei controlli

- L'infermiere di sala conferma verbalmente insieme all'équipe operatoria:

- Nome della procedura chirurgica registrata

3° fase: Sign Out (2)

- **Conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico**

Il ferrista o l'infermiere di sala operatoria deve confermare ad alta voce l'effettuato conteggio sulla base delle indicazioni riportate nella Raccomandazione n. 2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (19). Nel caso in cui si verificano discrepanze nel conteggio finale, l'équipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente, in modo da poter adottare gli opportuni provvedimenti.

- Etichettatura del campione chirurgico (incluso nome del paziente e descrizione)

L'infermiere di sala operatoria conferma la corretta etichettatura dei campioni chirurgici leggendo ad alta voce i dati anagrafici del paziente e la descrizione dei campioni.

3° fase: Sign Out (3)

- **Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi**
Il coordinatore assicura che qualora siano emersi eventuali problemi nel funzionamento dei dispositivi, essi vengano identificati e segnalati, in modo da evitare che il dispositivo venga riutilizzato prima che il problema sia stato risolto.

• **Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria:**

Il coordinatore conferma che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza postoperatoria del paziente, focalizzando l'attenzione sugli eventuali problemi intraoperatori o anestesiológicos che possono influire negativamente sul decorso postoperatorio.

3° fase: Sign Out (4)

- **Profilassi del tromboembolismo post-operatorio**

Il coordinatore chiede conferma al chirurgo che sia stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo postoperatorio, come da procedura aziendale (mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci);

La checklist compilata può essere collocata nella documentazione clinica del paziente oppure archiviata per la valutazione della qualità degli interventi.

