

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 1 di 15

INDICE



1. INTRODUZIONE	2
2. OBIETTIVO	2
3. AMBITI DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	3
5. RESPONSABILITÀ.....	3
5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	3
6. MODALITÀ OPERATIVE.....	5
1. Fase preoperatoria	5
2. Fase perioperatoria.....	7
3. Fase postoperatoria.	8
Descrizione delle attività	9
7. INDICATORI.....	14
8. REVISIONE (CADENZA)	14
9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE	15
10. RIFERIMENTI.....	15
ALLEGATO 1 Check List di Sala Operatoria	

DATA	REVISIONE	REDATTO	VERIFICATO DIRETTORE RMQA	APPROVATO DSA
22/07/2015 (Emissione)	Rev.0	GdL	_____ Dott.ssa M. Serva	_____ Dott.ssa M. Colombo

Gruppo di Lavoro (GdL)

Coordinatore: Dr. P. Fioravanti

Dr. D. Climinti UOC Chirurgia
 Dr.ssa A. Ferretti UOC Anestesia e Rianimazione
 Dr. B. Grassi UOC Ortopedia
 Dr.ssa I. Chiaretti SASP
 Dr.ssa G. Riposati UOC Anestesia e Rianimazione
 Dr.ssa D. Bucari UOC Ostetricia-Ginecologia

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 2 di 15

1. INTRODUZIONE

Gli interventi in paziente sbagliato o in parte del corpo sbagliata rappresentano eventi particolarmente gravi, che possono essere determinati da diversi fattori, quali la carente pianificazione preoperatoria, la mancanza di meccanismi di controllo, l'inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e/o tra operatori all'interno dell'équipe.

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;
- urgenza con cui i processi devono essere eseguiti;
- elevato livello tecnologico;
- molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti.

Nell'ottobre del 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria che propone l'adozione delle raccomandazioni elaborate dall'OMS nell'ambito del programma "Safe Surgery Saves Lives", con l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici.

Inoltre, sulla base di tali raccomandazioni, l'OMS ha costruito una *check list* per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle équipe 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 *check list* può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

2. OBIETTIVO

Garantire una corretta procedura per la sicurezza del paziente in sala operatoria e favorire l'implementazione degli standard di sicurezza nel corso delle procedure chirurgiche.

Obiettivi specifici sono:

- operare il paziente corretto ed il sito corretto
- prevenire la ritenzione di materiale chirurgico
- identificare in modo corretto i campioni chirurgici
- il corretto posizionamento del paziente
- prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
- gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
- controllare e gestire il rischio emorragico

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 3 di 15

- prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
- gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
- prevenire il tromboembolismo postoperatorio
- prevenire le infezioni del sito chirurgico

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

La presente raccomandazione viene applicata su tutte le procedure chirurgiche ed invasive, che vengono eseguite in sala operatoria o in altri “setting” ospedalieri.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

S.O.: sala operatoria

TEV: tromboembolia venosa profonda



ASA: è la classificazione, accettata internazionalmente, che permette una categorizzazione dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali dell'organismo al momento del trattamento chirurgico ed anestesilogico. Si distinguono 5 Classi che definiscono livelli crescenti di rischio a partire dalla Classe I fino alla Classe V. La maggior parte dei pazienti si colloca nelle prime due Classi di rischio (I-II).

5. RESPONSABILITÀ



La responsabilità della corretta applicazione della procedura e della compilazione della *check list* per la sicurezza in sala operatoria è a carico di tutti gli operatori che prestano la loro attività nel percorso di trattamento chirurgico del paziente.

5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	Chirurgo operatore	Chirurgo in fase pre operatoria	Anestesista in fase pre operatoria	Anestesista	Infermiere di sala	Infermiere di reparto
– Inserisce il paziente in lista operatoria, informa il paziente e acquisisce il consenso all'intervento		R				
– Contrassegna il sito chirurgico – Prescrive, se presente indicazione scientifica, antibiotico profilassi pre-operatoria – Attribuisce il grado di rischio di tromboembolia venosa profonda post chirurgica – Valuta la necessità di eventuale di emotrasfusione e ne chiede il consenso		R				

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>			
	<p>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA</p>		<p>Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17</p>	<p>Pag. 4 di 15</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Informa il paziente sul tipo di anestesia che verrà effettuata e ne chiede il consenso - Verifica la presenza di allergie riferite - Valuta il rischio anestesiológico legato all'intervento (ASA) 			R			
<ul style="list-style-type: none"> - Informa il paziente sulle modalità del digiuno pre-operatorio, il giorno e l'ora - Verifica la disponibilità del sangue e/o degli emocomponenti richiesti dal chirurgo - Eseguo la tricotomia in base al tipo di intervento chirurgico - Effettua lo spoglio di protesi mobili, monili, piercing etc. - Verifica e fa effettuare al paziente le pulizie igieniche compresa l'asportazione dello smalto e la vestizione con gli appositi indumenti per accedere in sala operatoria 						R
<ul style="list-style-type: none"> - Verifica la presenza del consenso informato all'intervento chirurgico - Verifica la corrispondenza tra l'indicazione all'intervento riportato in cartella e quello previsto nella lista operatoria - Verifica la corretta marcatura del lato in caso di organo bilaterale, di interessamento di strutture multiple (dita, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste) - Conferma l'identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico attraverso il controllo delle immagini radiografiche insieme ad un altro componente dell'equipe 	R					
<ul style="list-style-type: none"> - Verifica la presenza del consenso informato all'anestesia e all'emotrasfusione - Verifica la funzionalità dei dispositivi elettromedicali 				R		
<ul style="list-style-type: none"> - Chiede i dati anagrafici al paziente e ne confronta la conformità con quanto indicato nella cartella clinica e nella lista operatoria - Verifica la corretta preparazione del paziente: digiuno preoperatorio, tricotomia, protesi mobili, indumenti, monili, piercing, stato igienico e vestizione - Verifica il corretto funzionamento degli apparecchi elettromedicali - Prepara il paziente sul tavolo operatorio, mette in atto le misure preventive nei confronti di lesioni da posizionamento - Conta ad alta voce, insieme all'infermiere, strumentista, i presidi ed i ferri chirurgici, i dispositivi tessili da utilizzare e li riporta sulle apposite schede aggiornandole durante l'intervento - Eseguo, se prescritta, antibiotico profilassi 					R	
<ul style="list-style-type: none"> - Verifica il corretto posizionamento del paziente 		R		R	R	
<p>Verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la richiesta dell'esame istologico (corretta etichettatura dei campioni chirurgici) - dati anagrafici del paziente e descrizione dei campioni - l'aggiornamento della terapia in cartella - la descrizione dell'intervento chirurgico 	R					

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 5 di 15

Verifica: - lo stato di coscienza del paziente e le condizioni cardio-respiratorie - la compilazione della cartella anestesiologicala					R		
Verifica: - lo stato di coscienza conservato - la valutazione dei parametri vitali PA- FC- SaO2 - la presenza di drenaggi - la presenza del catetere vescicale - la presenza del sondino naso-gastrico - la presenza dell'elastomero per la terapia antalgica - la consegna della tessera identificativa della protesi endoculare (IOL) - l'applicazione delle spondine di protezione alla barella - la riconsegna della cartella e della documentazione clinica - la presenza dei fogli terapia						R	
Verifica: - la presenza della cartella e della documentazione clinica - la somministrazione della profilassi trombo embolia venosa (mezzi fisici-eparina) - la presenza di indicazioni terapeutiche particolari (chirurgiche/anestesiologiche) - la presenza dei drenaggi - la presenza del catetere vescicale - la presenza sondino naso- gastrico - la valutazione parametri vitali PA – FC - l'esecuzione delle trasfusioni di emocomponenti - il controllo delle medicazioni (e tampone vaginale)							R

C: Coinvolto, I: Informato, R: Responsabile

6. MODALITÀ OPERATIVE


Le azioni prevedono una procedura che si svolge in tre fasi:

- 1. preoperatoria**
- 2. perioperatoria**
- 3. postoperatoria**

come rappresentato nella checklist per la sicurezza in sala operatoria (vedi Allegato 1)

1. FASE PREOPERATORIA

L'ammissione del paziente in sala operatoria deve avvenire previo inserimento del suo nominativo, da parte del Direttore della U.O. o suo delegato, nella lista operatoria. Tale lista deve essere inviata, dal Coordinatore infermieristico della U.O. di degenza chirurgica, tre giorni prima della data fissata per l'intervento al Coordinatore infermieristico del complesso operatorio, al servizio di Anestesia e Rianimazione, al Servizio di Anatomia patologica, al Servizio di

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 6 di 15

Radiologia, al Servizio Trasfusionale, alla Farmacia ospedaliera e all'Ufficio del Bad Management.

1) Nella lista operatoria si deve specificare:

- Nome e Cognome e sesso del paziente;
- Diagnosi;
- Il tipo di intervento;
- Tempo stimato della durata dell'intervento chirurgico;
- Eventuale lato dell'intervento (destra, sinistra);
- Eventuale necessità di avere a disposizione materiale particolare e/o dispositivi speciali e/o dose per chemioprolifassi preoperatoria;
- Nome e Cognome del 1° e 2° operatore e di eventuali altri assistenti all'intervento;
- Eventuali patologie trasmissibili

Il chirurgo in fase preoperatoria:


- Inserisce il paziente in lista operatoria e lo informa sulla data dell'intervento
- Fornisce al paziente una corretta e completa informazione per l'acquisizione del consenso informato, che deve contenere almeno le seguenti informazioni:
 1. Nome del paziente
 2. Nome e descrizione della procedura
 3. Sede dell'intervento
 4. Motivazioni per cui viene effettuata la procedura chirurgica (diagnosi o condizioni cliniche)
 5. complicanze
- Contrassegna il sito chirurgico in situazioni caratterizzate da:
 1. Lateralità dell'intervento
 2. Interessamento di strutture multiple o livelli multipli
- Prescrive, se presente indicazione scientifica, antibiotico profilassi pre-operatoria
- Attribuisce il grado di rischio di tromboembolia venosa profonda post chirurgica
- Valuta la necessità eventuale di emotrasfusione e ne chiede il consenso

L'Anestesista in fase preoperatoria;

- Informa il paziente sul tipo di anestesia che verrà effettuata e ne chiede il consenso
- Verifica la presenza o meno di allergie riferite
- Valuta il rischio anestesilogico legato all'intervento (ASA)

L'Infermiere di reparto deve compilare la parte preoperatoria della *check list* di sala operatoria.

In particolare deve verificare:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 7 di 15


- a) l'identità del paziente con stato di coscienza conservato, chiedendo al paziente nome e cognome e data di nascita
- b) la presenza della cartella e documentazione clinica (immagini Rx-foto-fogli di terapia)
- c) la necessità farmaci (antibiotici, altro) da portare in S.O.
- d) la presenza del consenso informato chirurgico
- e) la presenza videat anestesiologicalo
- f) la richiesta e disponibilità di gruppo e sangue
- g) eventuali allergie segnalate in cartella
- h) l'avvenuta somministrazione della profilassi trombo embolia venosa (mezzi fisici/eparina)
- i) la marcatura del lato con pennarello dermografico effettuata dal chirurgo di reparto. Il sito viene contrassegnato nelle situazioni caratterizzate da:
 - a. lateralità dell'intervento;
 - b. interessamento di strutture multiple (dita, lesioni multiple),
 - c. livelli multipli (vertebre e coste) o parte di grandi organi.
- j) la rimozione vestiario – pannolini
- k) la rimozione protesi dentarie, mobili ed acustiche e lenti a contatto
- l) la rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini) e smalto
- m) il rispetto del digiuno
- n) l'avvenuta preparazione intestinale
- o) la tricotomia eseguita in base al tipo di intervento chirurgico
- p) la presenza e l'eventuale disattivazione del pace-maker- defibrillatore impiantabile
- q) la rilevazione dei parametri vitali: PA- FC
- r) l'avvenuta premedicazione anestesiologicala
- s) la presenza di biometria oculare
- t) la dilatazione della pupilla

L'infermiere di reparto dopo aver contrassegnato i campi della *check list* di sala operatoria (fase preoperatoria e inserito i dati anagrafici del paziente, la UO e la modalità di ricovero, il N. di cartella clinica, la data dell'intervento intervento, il tipo di intervento, sottoscrive la compilazione e consegna il paziente al personale ausiliario di sala operatoria per il trasporto.

2. FASE PERIOPERATORIA

L'Infermiere di sala operatoria che accoglie il paziente conferma l'identificazione del paziente prendendo visione della cartella clinica ed infermieristica e procede alla presentazione dell'equipe.

Compilazione della checklist perioperatoria

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 8 di 15

L'infermiere di sala contrassegna e firma il campo perioperatorio della checklist dopo aver verificato:

- a) l'identità del paziente con stato di coscienza conservato verificando che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica
- b) la corrispondenza dei dati anagrafici del paziente in cartella e nella lista operatoria
- c) l'avvenuta rimozione protesi
- d) la presenza di allergie a farmaci
- e) l'avvenuta somministrazione di antibiotico-profilassi quando prevista
- f) la presenza della marcatura del lato
- g) la predisposizione di strumenti di prevenzione della caduta del paziente da mezzi trasporto e letto operatorio (sponde e fasce)
- h) la corretta conta delle garze e dei ferri compilando gli appositi moduli predisposti.

Il Medico Anestesista di sala operatoria verifica, contrassegna le apposite caselle dei relativi item della checklist e sottoscrive:

- a) l'identità del paziente con stato di coscienza conservato
- b) la presenza del consenso informato anestesilogico
- c) la corretta posizione del paziente sul letto operatorio
- d) il controllo degli apparecchi, dei dispositivi e dei farmaci
- e) la richiesta di sangue per emotrasfusione.



Il Medico Chirurgo operatore verifica, contrassegna e sottoscrive in checklist:

- a) l'identità del paziente con stato di coscienza conservato
- b) la presenza del consenso informato chirurgico
- c) la corretta marcatura del lato
- d) la corrispondenza delle immagini radiografiche
- e) la corretta conta delle garze/ferri

3. FASE POSTOPERATORIA

Il Medico Chirurgo operatore verifica, contrassegna e sottoscrive in *check list*:

- a) la richiesta dell'esame istologico (corretta etichettatura dei campioni chirurgici)
- b) dati anagrafici del paziente e descrizione dei campioni
- c) l'aggiornamento della terapia in cartella
- d) la descrizione dell'intervento chirurgico

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015 PG RMQA 17	Pag. 9 di 15

Il Medico Anestesista di sala operatoria verifica, contrassegna e sottoscrive in *check list*:

- a) lo stato di coscienza del paziente e le condizioni cardio-respiratorie
- b) la compilazione della cartella anestesiologicala

L'Infermiere/Ostetrica di Sala Operatoria verifica, contrassegna e sottoscrive in *check list*:

- a) lo stato di coscienza conservato
- b) la valutazione dei parametri vitali PA- FC- SaO₂
- c) la presenza di drenaggi
- d) la presenza del catetere vescicale
- e) la presenza del sondino naso-gastrico
- f) la presenza dell'elastomero per la terapia antalgica
- g) la consegna della tessera identificativa della protesi endoculare (IOL)
- h) la verifica dell'applicazione delle spondine di protezione alla barella
- i) la riconsegna della cartella e della documentazione clinica
- j) la presenza dei fogli terapia

- **Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi**

L'infermiere di sala operatoria 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.


L'Infermiere di reparto verifica, contrassegna e sottoscrive in checklist:

- a) la presenza della cartella e della documentazione clinica
- b) la somministrazione della profilassi trombo embolia venosa (mezzi fisici-eparina)
- c) la presenza di indicazioni terapeutiche particolari (chirurgiche/anestesiologiche)
- d) la presenza dei drenaggi
- e) la presenza del catetere vescicale
- f) la presenza sondino naso- gastrico
- g) la valutazione parametri vitali PA – FC
- h) l'esecuzione delle trasfusioni di emocomponenti
- i) il controllo delle medicazioni (e tampone vaginale)

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

- **Presentazione dell'équipe**

L'Infermiere di sala operatoria chiede ad ogni componente dell'équipe operatoria di presentarsi,

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 10 di 15

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'equipe.

- **Conferma da parte del Chirurgo, Anestesista ed Infermiere del paziente, del sito, della procedura**

L'Infermiere di sala operatoria chiede all'equipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica, il sito chirurgico

- **Corretto posizionamento de paziente**

Gli obiettivi del corretto posizionamento sono:

- Ridurre la compromissione delle funzioni vitali
- Ottenere la migliore esposizione del campo operatorio
- Controllare le pressioni, ridurre le forze di taglio ed eliminare le frizioni
- Minimizzare lo stress meccanico alla articolazioni

Tutti i componenti dell'equipe operatoria condividono la responsabilità per il corretto posizionamento del paziente:

- l'anestesista deve controllare e verificare il corretto posizionamento del capo e assicurare la pervietà delle vie aeree;
- l'infermiere di sala operatoria deve posizionare il paziente secondo le indicazioni del primo operatore e dell'anestesista ed assicurare la protezione dei punti di compressione;
- i componenti dell'equipe si accertano che l'applicazione dell'elettrobisturi avvenga in modo da non arrecare danni e/o ustioni.

- **Controllo apparecchiature elettromedicali**

Quotidianamente, prima dell'inizio di ogni seduta operatoria, l'infermiere di sala controlla le apparecchiature per il monitoraggio, il defibrillatore ed il respiratore automatico eseguendo gli appositi test di autoverifica.

Successivamente l'anestesista di sala verifica, con il pallone di prova, il funzionamento del respiratore ed effettua controllo del funzionamento del monitor *sul* primo paziente (prima dell'inizio dell'anestesia). L'infermiere di sala verifica che tutti gli allarmi del monitor e del respiratore siano inseriti, verifica il funzionamento del letto operatorio e delle scialitiche; controlla altresì il funzionamento del laringoscopio, nonché la presenza dei principali ulteriori presidi per le intubazioni difficili.

- **Profilassi antibiotica**

Somministrare la profilassi antibiotica solo se indicato dalle linee guida nazionali.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 11 di 15

Gli antibiotici utilizzati per la profilassi devono essere somministrati entro 30 /60 minuti precedenti l'incisione.

L'Infermiere di sala operatoria 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.

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.

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

Il conteggio deve 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 (conteggio garze);
3. prima di chiudere la ferita (garze, aghi, strumentario);
4. alla chiusura della cute o al termine della procedura;
5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o del chirurgo responsabile dell'équipe.

Il controllo e conteggio dell'integrità dello strumentario va effettuato nelle seguenti fasi:

1. quando si apre la confezione sterile che lo contiene;
2. quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo;
3. quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

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 cestello è accompagnato da relativa scheda con conteggio della strumentazione chirurgica che deve essere sottoscritta dall'infermiere di sala operatoria nelle tre fasi.

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 mediante compilazione dell'apposita scheda (disponibile in sala operatoria) con il nome e la qualifica del personale che lo esegue e specificando chiaramente concordanze o discrepanze nel conteggio finale.

Tali risultati devono essere chiaramente comunicati a tutti i componenti dell'équipe.

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.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 12 di 15

- **Gestione delle non conformità**

Ricerca dei dispositivi tessili, dei ferri e aghi mancanti prima della chiusura della cavità chirurgica

Nel caso in cui il conteggio evidenzi la mancanza di ferri prima della chiusura della cavità chirurgica:

A. l'infermiere di sala e lo strumentista, procedono nel seguente modo:

1. effettuano una ricerca dettagliata e sistematica sul campo operatorio;
2. informano il chirurgo operatore affinché effettui la ricerca del ferro nella cavità chirurgica;
3. insieme ad altri collaboratori presenti (Ausiliario, OTA, OSS) qualora la ricerca del chirurgo avesse esito negativo, effettuano una ricerca nelle aree limitrofe (pavimento, sala lavaggio, sacchi biancheria e R.O.T.) utilizzando i necessari DPI, (camice, guanti, occhiali, cuffia, ferro lungo da presa);

B. Il Chirurgo operatore: al termine della ricerca, in caso di esito negativo, chiede l'intervento del tecnico di radiologia per l'effettuazione di una radiografia del paziente sul tavolo operatorio per la ricerca del ferro.

Nel caso di ritrovamento del ferro mancante (near miss), un operatore, direttamente coinvolto, deve inoltrare l'incident reporting.

Ricerca dei ferri chirurgici mancanti ad intervento terminato

Nel caso in cui il conteggio evidenzi la mancanza di ferri ad intervento terminato, l'infermiere/ di sala e lo strumentista, procedono nel seguente modo:

- ricercano il dispositivo tessile, l'ago, il ferro mancante sul pavimento della sala, nella biancheria sporca utilizzando i necessari DPI, (camice, guanti, occhiali, cuffia, ferro lungo tipo Klemmer); nei R.O.T. vuotando il contenuto sopra un telo impermeabile, impiegando i DPI;
- accertato lo smarrimento dello strumento, avvisa il chirurgo operatore o, in sua assenza, il chirurgo di guardia;

Il chirurgo operatore (o il chirurgo di guardia) in relazione al tipo di intervento a cui il paziente è stato sottoposto richiede un controllo radiologico e, in caso di positività alla presenza del corpo estraneo, individua le modalità più idonee con cui procedere alla rimozione.

Nel caso di reintervento (evento avverso) con ritrovamento del ferro mancante, un operatore, direttamente coinvolto, deve inoltrare l'incident reporting.

- **Identificazione corretta dei campioni chirurgici**

Il Chirurgo identifica il campione e dà indicazioni specifiche all'infermiere di sala.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 13 di 15

L'infermiere di Sala verifica, per ogni richiesta di esame, la corretta compilazione della richiesta e la corretta etichettatura (va applicata sulle pareti e non sul coperchio) del contenitore con le seguenti informazioni da riportare su entrambi:

- identificazione del paziente (nome, cognome, data di nascita, sesso);
- identificazione del richiedente (Unità Operativa, nome, cognome e firma del richiedente);
- identificazione del materiale specificando data del prelievo, tipo di prelievo, localizzazione;
- topografica e lateralità del prelievo (ad es. cute braccio dx);
- numero di contenitori: in caso di prelievi multipli deve essere riportato il numero arabo identificativo del campione;
- sul contenitore deve essere riportata l'eventualità di rischio biologico nel caso di materiali provenienti da pazienti con patologie infettive rilevanti.

L'infermiere dedicato legge ad alta voce le informazioni contenute sulla richiesta di esame e sul contenitore ed un secondo operatore controlla e conferma verbalmente (doppio controllo).

L'infermiere di sala è responsabile dell'invio del campione in modo corretto al servizio indicato sulla scheda e si accerta che il campione consegnato sia sottoscritto dal servizio che lo riceve.

• **Gestione del rischio emorragico**

In caso sia prevista la perdita di grandi quantità di sangue, l'anestesista o l'infermiere di sala operatoria sono tenuti a comunicare tempestivamente al Servizio Trasfusionale per il rapido approvvigionamento di sangue ed emocomponenti.

L'Anestesista in caso di rischio di perdita di grandi quantità di sangue dovrà provvedere ad assicurare adeguati accessi venosi.

In chirurgia elettiva l'equipe chirurgiche stimano pre-operatoriamente sulla base dell'esperienza sviluppata, il rischio emorragico e la quantità e qualità dei prodotti trasfusionali da richiedere. La verifica che le scorte richieste sono disponibili avviene tramite la *check list* di sala operatoria.


• **Profilassi del tromboembolismo postoperatorio**

La tromboembolia venosa è tra le più frequenti e gravi complicanze nei pazienti ospedalizzati, in particolare quelli sottoposti ad interventi chirurgici.

La profilassi della TEV deve basarsi sulla valutazione dei rischi specifici del paziente correlati alle procedure chirurgiche.

Laziosanità-ASP, su mandato dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio, ha curato l'adattamento a livello locale di una linea guida basata su evidenze scientifiche, il cui testo è stato recepito con Delibera di Giunta Regionale n 456/07, che affida alla stessa Laziosanità- ASP il coordinamento e la verifica della implementazione presso le strutture sanitarie del Lazio.

Per la profilassi della TEV fare riferimento alla "procedura tromboembolia venosa profonda" e

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 14 di 15

alle linee guida dell'Agencia di Sanità Pubblica della Regione Lazio "Profilassi della tromboembolia venosa post-chirurgica" disponibili per la consultazione sul sito aziendale area Ospedale San Camillo De Lellis – documentazione.

• Gestione del risveglio del paziente

L'anestesista, al fine di assicurare una corretta gestione del risveglio, controlla assiduamente i principali parametri vitali, l'apparato respiratorio (presenza di secrezioni oro-faringee che possano rendere difficoltosa la respirazione), cardiovascolare, neurologico, neuromuscolare e temperatura corporea qualora le condizioni del paziente lo richiedano.

Le informazioni cliniche e strumentali relative al paziente durante la fase di risveglio, le eventuali prescrizioni, l'ora della dimissione dalla sala operatoria e il nome del sanitario che ha prestato l'assistenza devono essere riportate nella cartella anestesiologicala.

Il trasferimento del paziente dalla sala operatoria o dalla sala risveglio al reparto di provenienza viene effettuato secondo procedura aziendale per il trasporto dei pazienti.

Il trasferimento in terapia intensiva deve essere effettuato da un medico anestesista e da un infermiere professionale.

7. INDICATORI

Per il monitoraggio della corretta applicazione della procedura dovranno essere misurati i seguenti indicatori:

N. *check list* di sala operatoria compilate e firmate/N. di interventi chirurgici effettuati
 valore atteso = 100%

N. eventi sentinella/anno per:

- Procedura in paziente sbagliato
 - Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
 - Errata procedura su paziente corretto
 - Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure valore atteso
- Valore atteso = 0

N. campioni chirurgici non correttamente identificati/anno valore atteso = 0

8. REVISIONE (CADENZA)

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA	Rev. 0 22/07/2015	Pag. 15 di 15

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili delle uu.oo. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione Risk Management

10. RIFERIMENTI

- Manuale per la Sicurezza del Paziente in Sala Operatoria (Ottobre 2009)
- Raccomandazione n° 2 marzo 2009 (prevenzione ritenzione garze o altro materiale all'interno del sito chirurgico)
- Raccomandazione ministeriale n° 3, luglio 2006 (identificazione corretta del paziente, sito e procedura)