

PROCEDURA	ASL LATINA	VERS. 4	Pag.1 di 85
	UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	08/04/2026	

RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E PER LA PREVENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE IN SALA OPERATORIA

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 2 01.10.2022 VERS. 3 04/02/2026 VERS. 4 08/04/2026	Resp. F.O. Area Chirurgica <i>Dott.ssa G BARLONE</i> F.TO Coordinatore Blocco Operatorio Ospedale DEA II <i>Dott. F. LOFFREDI</i> F.TO	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management <i>Dott. R. Masiero</i> Dirigente UOC Rischio Clinico, Medicina Le- gale e Qualità <i>Dott. E. Pilia</i>	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e qualità <i>Dott.ssa A. Rizzo</i>	2 Anni
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La procedura è stata revisionata effettuando l'editing.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura

Sommario

1. PREMESSA.....	5
2. OBIETTIVI.....	6
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
4. INTRODUZIONE DELLA CHECK-LIST.....	7
5. DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ.....	9
5.1 Check List per la Sicurezza in Sala Operatoria.....	9
5.2 Descrizione delle fasi I II III della Check List di Sala Operatoria.....	10
5.3 Check List informatizzata per la Sicurezza in Sala Operatoria.....	13
6. MATRICE DI RESPONSABILITÀ DELLA COMPILAZIONE CHECK-LIST.....	16
7. I 16 OBIETTIVI PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA.....	16
8. OBIETTIVO 1: OPERARE IL PAZIENTE CORRETTO ED IL SITO CORRETTO.....	18
8.1 Scopo.....	19
8.2 Modalità operative.....	19
9. OBIETTIVO 2: PREVENIRE LA RITENZIONE DI MATERIALE ESTRANEO NEL SITO CHIRURGICO.....	27
9.1 Tipologia di materiale ritenuto.....	27
9.2 Sede dell'intervento.....	27
9.3 Fattori di rischio.....	27
9.4 Modalità operative per il conteggio dei materiali chirurgici e per il controllo della loro integrità.....	28
10. OBIETTIVO 3: IDENTIFICARE IN MODO CORRETTO I CAMPIONI CHIRURGICI.....	33
11. OBIETTIVO 4: PREPARARE E POSIZIONARE IN MODO CORRETTO IL PAZIENTE.....	35
12. OBIETTIVO 5: PREVENIRE I DANNI DA ANESTESIA GARANTENDO LE FUNZIONI VITALI.....	38
13. OBIETTIVO 6: GESTIRE LE VIE AEREE E LA FUNZIONE RESPIRATORIA.....	40
14. OBIETTIVO 7: CONTROLLARE E GESTIRE IL RISCHIO EMORRAGICO.....	42
15. OBIETTIVO 8: PREVENIRE LE REAZIONI ALLERGICHE E GLI EVENTI AVVERSI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA.....	42
16. OBIETTIVO 9: GESTIRE IN MODO CORRETTO IL RISVEGLIO ED IL CONTROLLO POSTOPERATORIO.....	44
17. OBIETTIVO 10: PREVENIRE IL TROMBOEMBOLISMO POSTOPERATORIO.....	45

18. OBIETTIVO 11: PREVENIRE LE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	45
17.1 Fase pre-operatoria:.....	45
17.2 Fase peri-operatoria:	47
19. OBIETTIVO 12: PROMUOVERE UN’EFFICACE COMUNICAZIONE IN SALA OPERATORIA.....	63
20. OBIETTIVO 13: GESTIRE IN MODO CORRETTO IL PROGRAMMA OPERATORIO.....	66
21. OBIETTIVO 14: GARANTIRE LA CORRETTA REDAZIONE DEL REGISTRO OPERATORIO.....	68
22. OBIETTIVO 15: GARANTIRE UNA CORRETTA DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA.....	69
23. OBIETTIVO 16: ATTIVARE SISTEMI DI VALUTAZIONE DELL’ATTIVITÀ IN SALA OPERATORIA	71
23. CONCLUSIONI.....	73
25. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	75
26. BIBLIOGRAFIA.....	76
27. Riferimenti Normativi	77
28. Allegato 1 Check List sala operatoria	79
29. Allegato 2 Check List pre-operatoria per la sicurezza del paziente nel percorso Chirurgico.....	80
30. Allegato 3 Check List del rischio tromboembolismo e monitoraggio	81

1. PREMESSA

Il presente documento vuole fornire le indicazioni volte a salvaguardare e prevenire eventi avversi che si possono verificare in sala operatoria, ambiente altamente complesso e critico, attraverso l'adozione e la diffusione delle raccomandazioni ministeriali e della check list di sala operatoria. 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 riferiti ai 16 obiettivi specifici elaborate dall'OMS nell'ambito del programma "Safe Surgery Saves Lives"¹, 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 equipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per ridurre al minimo i rischi di errore e aumentare così la sopravvivenza del paziente e buona riuscita degli interventi. Ad oggi in diversi paesi sono stati condotti studi che dimostrano e suggeriscono che l'utilizzo della check list può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Le sale operatorie rappresentano uno degli ambienti più a rischio, dovuto soprattutto a procedure errate, comunicazione inefficiente o inadeguata tra i membri del team chirurgico, l'utilizzo non costante della corretta compilazione della Check List, portando al verificarsi di errori anche fatali. La "Check List" di sala operatoria aiuta le equipe chirurgiche a gestire e documentare le attività svolte durante il percorso clinico del paziente sottoposto a intervento, nei momenti pre, intra e post-operatori. Il gruppo di lavoro

¹<http://www.ministerosalute.it>

costituito coordinato dal Servizio Rischio Clinico dell’Azienda, prendendo in esame la realtà aziendale, il numero e la tipologia degli eventi avversi aziendali ha provveduto ad aggiornare e rielaborare le precedenti procedure presenti presso l’ASL Latina, partendo da una lettura del documento ministeriale, ha introdotto senza modificarne il senso, indicazioni adattate al contesto operativo aziendale, con lo scopo di condividere con tutti gli operatori sanitari interessati i contenuti delle procedure.

2. OBIETTIVI

Migliorare la qualità e la sicurezza dei pazienti che si sottopongono a interventi chirurgici in tutte le sale operatorie presenti presso l’ASL di Latina attraverso:

- 1) la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori
- 2) l’implementazione degli standard di sicurezza tramite l’applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria.
- 3) lo sviluppo del processo di comunicazione all’interno dell’equipe operatoria, dove il chirurgo, l’anestesista e l’infermiere non lavorano isolatamente ma creare un clima collaborativo al fine di migliorare e assicurare la performance, l’efficacia e l’efficienza delle attività.

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo della presente procedura è garantire la sicurezza del paziente, definendo le modalità e le responsabilità di ogni professionista coinvolto nelle diverse fasi del percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico, sia esso in regime ordinario che in regime urgenza/emergenza, attraverso la diffusione da parte della Direzione

Aziendale dello sviluppo e delle norme volte a favorire l'adozione delle indicazioni contenute nelle "Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza in Sala Operatoria" e l'utilizzo della Cheek List, in modo da monitorare e verificare il rispetto di tutti i processi che precedono e seguono gli interventi in sala operatoria volti a migliorare gli aut come.

La procedura viene applicata in tutte le unità operative di chirurgia generale e specialistica, complessi operatori, ambulatori chirurgici e radiologia interventistica presenti presso l'ASL LT e ogni operatore coinvolto nel processo è tenuto ad osservare.

4. INTRODUZIONE DELLA CHECK-LIST

La check list sicurezza di sala operatoria è uno strumento guida per l'esecuzione dei controlli pre-intra e post interventi chirurgici, a supporto degli operatori sanitari, 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. Esse nascono sulla base delle raccomandazioni "Guidelines for Surgery" dell'OM contenente 19 item. Tale strumento comporta il coinvolgimento e la collaborazione di molte figure professionali nel percorso chirurgico del paziente, che inizia dal reparto chirurgico, ingresso e dimissione dalla sala operatoria. La letteratura è ricca di evidenze sulla checklist tra cui uno studio pubblicato recentemente sulla prestigiosa rivista "World Journal of Surgery" condotto su oltre 20 mila pazienti, documentando come il suo utilizzo è associato ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie. Se usata in modo sistematico la checklist può migliorare la sicurezza delle cure sia in anestesia che in chirurgia, ridurre le complicanze e la mortalità, migliorare il lavoro di squadra, la comunicazione.

Dalle indicazioni OMS, il Ministero della Salute ha adattato la check list alla propria realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell'OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del trombo embolismo venoso. La check list 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.

La check list di sicurezza in sala operatoria deve essere correttamente compilata in forma cartacea o

informatizzata, accompagnata da una corretta ed esauriente informazione al paziente, specificando la sua funzione e l'importanza di tutti i controlli che vengono effettuati.

Ad Oggi presso le Sale

Operatorie aziendali si è completata l'implementazione della Check List di sicurezza in Sala Operatoria informatizzata garantendo un adeguata gestione del rischio Clinico sul paziente. Per la compilazione della Check List di sala operatoria deve essere individuato tra i componenti dell'equipe il coordinatore della Check List, (Infermiere che prende in carico il paziente) esso sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi membri dell'equipe chirurgica e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item. Tutti i componenti dell'equipe quali chirurgo, anestesista, coordinatore di sala ognuno per la propria competenza devono firmare la Check List.

Il paziente non può lasciare la sala operatoria se la Check List non è firmata dal chirurgo, dall'anestesista e dall'infermiere.

La compilazione della check List non esonera l'Infermiere dal compilare la cartella infermieristica come controllo continuo clinico e strumentale dell'intervento, la quale è componente integrante della cartella clinica del paziente.

5. DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ

5.1 Check List per la Sicurezza in Sala Operatoria

Raccomandazioni per la sicurezza in Sala Operatoria – Ottobre 2009

Checklist per la sicurezza in Sala Operatoria

Sign In	Time Out	Sign Out
1) Il paziente ha confermato: <ul style="list-style-type: none"> - identità - sede di intervento - procedura - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) 	D 1) tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:
2) Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile	D 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento	1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?) 2) il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, e risultato corretto 3) il campione chirurgico, con relativo contenitore richiesto, e stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)
3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: D 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro? D 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?	4) eventuali problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento	D 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	
Identificazione dei rischi del paziente: 5) Allergia SI ----- No 6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? no sì, e la strumentazione/assistenza disponibile	6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?	5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio
7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)?	ultimi 60 minuti?	

no si, raccesso endovenoso e adeguato e i fluidi sonodisponibili	D si	Nomee Cognome	Dati del paziente
	D non applicabile		Data di nascita
	7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? si D non applicabile		Proceduraese- guita

La checklist non ha valore esaustivo, pertanto sono consigliate integrazioni e modifiche per l'adattamento alle esigenze locali (Allegato 1)

5.2 Descrizione delle fasi I II III della Check List di Sala Operatoria

Fase I	I 20 controlli della Check List
<p style="text-align: center;">Sign In</p> <p>Quando: prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive.</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'equipe</p>	<p>1. Il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi L'Infermiere di sala deve verificare verbalmente con il paziente la correttezza dell'identità, del sito, della procedura e che sia stato dato il consenso all'intervento chirurgico. Se il paziente, per la propria condizione clinica o per età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere correttamente.</p> <p>2. Conferma marcatura del sito di intervento L'Infermiere di sala dovrà contrassegnare la corrispettiva casella soltanto dopo aver verificato, guardando, che il sito chirurgico sia stato marcato, ovvero che tale controllo non sia applicabile al tipo di intervento chirurgico (ad esempio interventi su organi singoli), come indicato nella raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.</p> <p>3. Conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia L'Infermiere di sala 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 saturimetro.</p> <p>4. Identificazione dei rischi del paziente L'Infermiere di sala 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.</p>

Fase II	I 20 controlli della Checklist
	<p>1. Presentazione dell'équipe L'infermiere di sala 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.</p> <p>2. Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento. L'infermiere di sala chiede all'equipe 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. La casella deve essere riempita soltanto dopo che il chirurgo, l'anestesista e strumentista abbiano dato conferma.</p> <p>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 lo strumentista potrebbe dire: "La sterilità è stata verificata, non ci sono altri elementi di particolare preoccupazione").</p> <p>4. Profilassi antibiotica L'infermiere di sala 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. Nel caso in cui l'antibiotico sia stato somministrato da oltre i 60 minuti, dovrà essere somministrata la dose aggiuntiva di antibiotico.</p> <p>5 Visualizzazione immagini La visualizzazione delle immagini è importante per garantire l'adeguata pianificazione ed esecuzione degli interventi chirurgici. L'Infermiere di sala 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.</p>

Fase III	I 20 controlli della Checklist
<p style="text-align: center;">Sign Out</p> <p>Quando: si svolge durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'infermiere di sala conferma verbalmente insieme all'equipe operatoria: <p>1. Nome della procedura chirurgica registrata Dal momento che la procedura potrebbe essere modificata nel corso dell'intervento, il coordinatore deve confermare con il chirurgo e con il resto dell'equipe la procedura che è stata effettuata.</p> <p>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. Nel caso in cui si verificano discrepanze nel conteggio finale, l'equipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente, in modo da poter adottare gli opportuni provvedimenti.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 Check List è parte integrante della cartella clinica.

5.3 Check List informatizzata per la Sicurezza in Sala Operatoria

Al fine di rendere le procedure chirurgiche più sicure e migliorare la sicurezza in sala operatoria e prevenire i principali eventi avversi inerenti il percorso chirurgico e potenzialmente evitabili, si è implementato presso l'ASL Latina la Check List informatizzata di Sala Operatoria.

L'inserimento delle informazioni avviene compilando le diverse schermate che si riferiscono alle tre fasi della Check List (Sign In, Time Out, Sign Out) da parte del personale formato e munito di password, attraverso l'accesso al sistema aziendale ADT, ognuno per il proprio ruolo. I ruoli che permettono le autorizzazioni e le validazioni della scheda sono:

Chirurgo: digitazione dei tempi di inizio e fine intervento, diagnosi e procedure. Equipe operatoria, digitazione del registro con la descrizione dell'atto operatorio e validazione della scheda chirurgica.

Infermiere: digitazione dei tempi di ingresso/uscita dal blocco. Scheda infermieristica (conta delle garze/presidi). Check List operatorie, validazione della scheda infermieristica.

Anestesista: digitazione dei tempi di inizio e fine anestesia, tecnica anestesiologicala e attribuzione della classe ASA, validazione della scheda anestesiologicala.

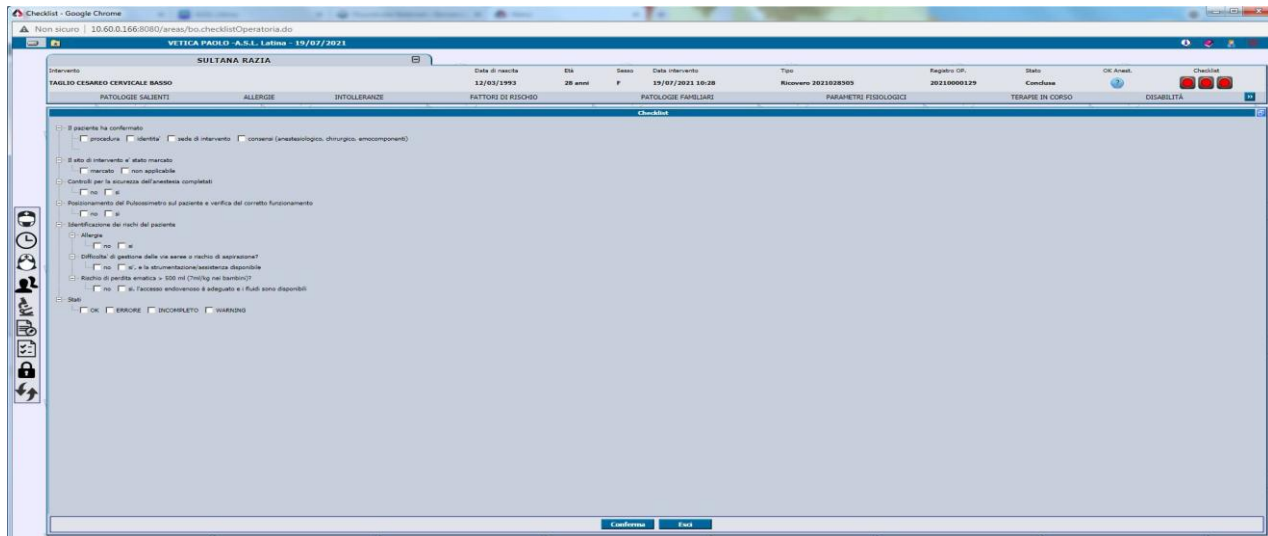


Figura 1 Fase I Sign In

La fase I Sign In è la fase di accettazione del paziente, selezionando ricerca intervento si aprirà la maschera per la digitazione di ricerca paziente e una volta selezionato il paziente si aprirà la scheda intervento consentendone la gestione. Mentre se si seleziona “nuovo intervento” si riferisce al paziente che non è inserito in anagrafico esempio proveniente dal pronto soccorso e quindi inserire i suoi dati anagrafici per poi iniziare la gestione.

In questa fase vengono richieste tutte le informazioni riguardanti l’identità, sede intervento se è stato marcato il lato, se presente il consenso informato firmato, conferma dei controlli per la sicurezza dell’anestesia, se ha eseguito profilassi antibiotica o presenza di allergie, ecc.

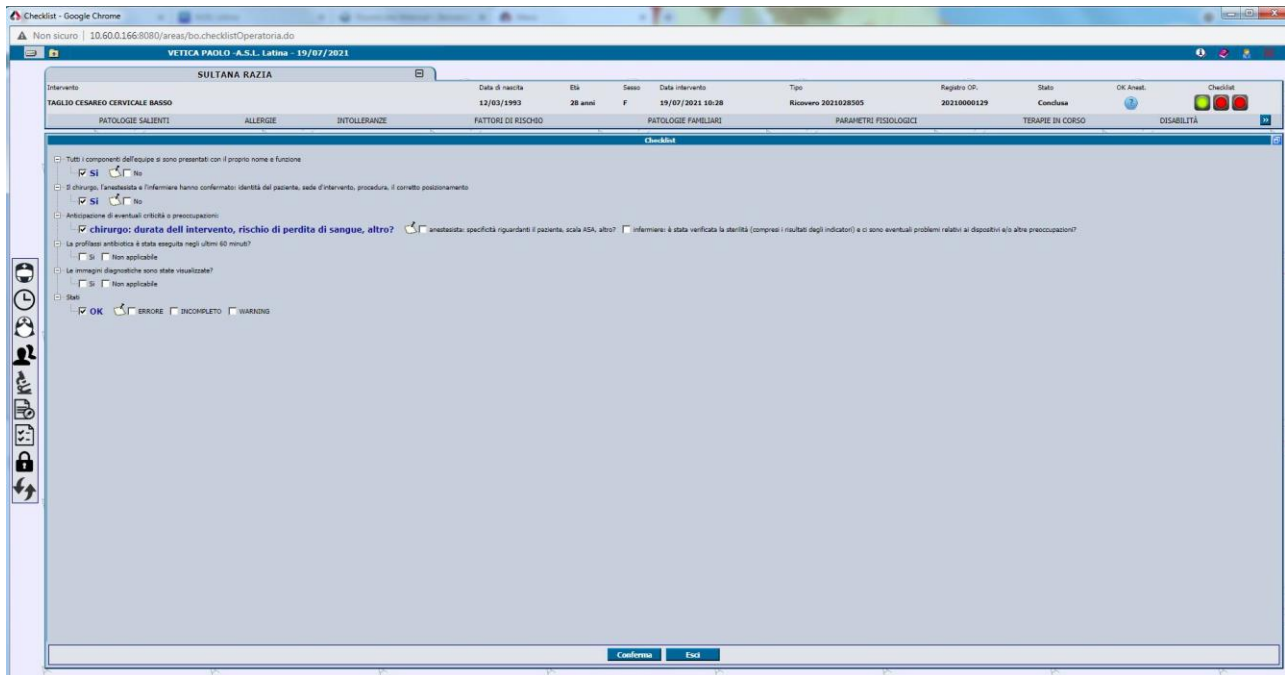


Figura 2 Fase II Time Out

La fase II Time Out è subito dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica, vengono caricati dati relativi ai tempi, la presenza di tutta l'equipe chirurgica, eventuali criticità riscontrate, conferma del sito, paziente, la procedura ed il corretto posizionamento.

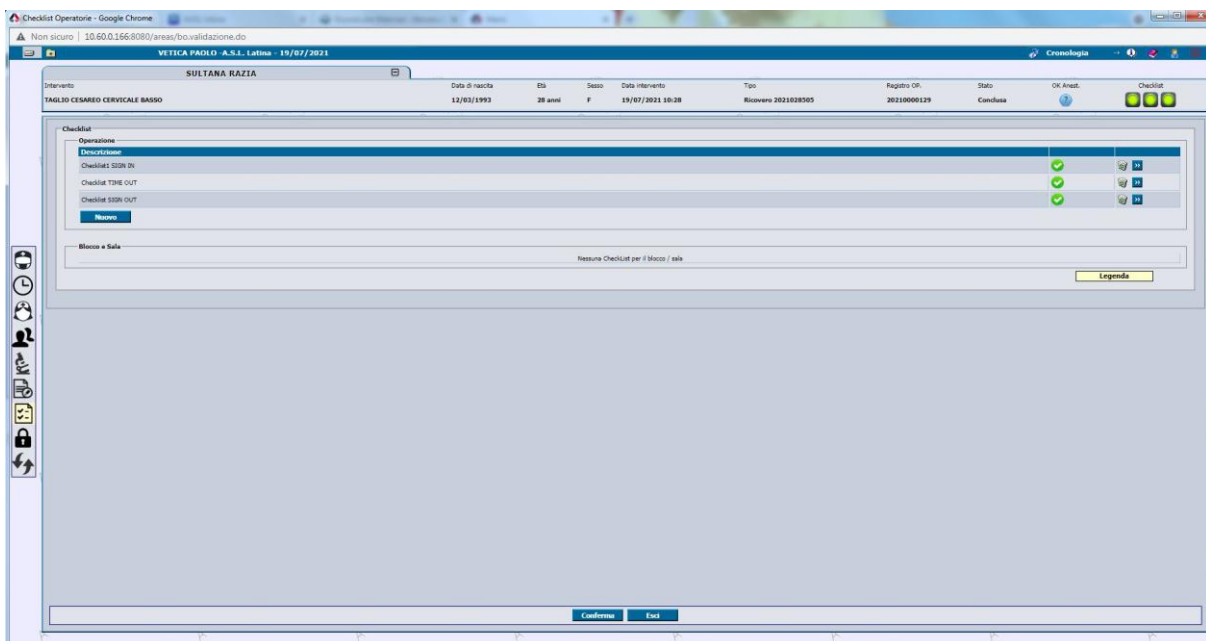


Figura 3 Fase III Sign Out

La fase III Sign Out è riferita alla registrazione della conta delle garze, strumentario chirurgico, aghi, l’etichettatura dei campioni chirurgici per l’invio al servizio di anatomia patologica. Registrazione dei tempi di chiusura e uscita del paziente dalla Sala Operatoria.

Al termine della compilazione delle schermate e dopo aver effettuato i controlli, viene data la validazione del documento ed è possibile stamparlo, di cui una copia viene inserita in cartella clinica del paziente.

6. MATRICE DI RESPONSABILITÀ DELLA COMPILAZIONE CHECK-LIST

Attività	Anestesista	Chirurgo	Infermiere Sala Operatoria
Sign In	R	R	R
Time Out	R	R	R
Sign Out	R	R	R

Legenda: R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

7. I 16 OBIETTIVI PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Il gruppo di lavoro coordinato dalla UOC Rischio Clinico ha ritenuto di implementare la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza riferite ai 16 obiettivi specifici, volti a rafforzare i processi preoperatori, intra-operatori e post-operatori; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS “Guidelines for Safe Surgery”², con

² Gawande AA, Weiser TG. World Health Organization Guidelines for Safe Surgery. Geneva: World Health Organization, 2008

adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, al fine di un miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente in tutto il percorso operatorio.

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: es.

identificazione del paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, ecc.

Tabella 1 16 Obiettivi Ministeriali

16 Obiettivi		OMS	Ministero Salute
Obiettivo 1	Operare il paziente corretto ed il sito corretto	X	
Obiettivo 2	Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico	X	
Obiettivo 3	Identificare in modo corretto i campioni chirurgici	X	
Obiettivo 4	Preparare e posizionare in modo corretto il paziente	X	
Obiettivo 5	Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali	X	
Obiettivo 6	Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria	X	
Obiettivo 7	Controllare e gestire il rischio emorragico	X	
Obiettivo 8	Prevenire le reazioni allergiche e gli	X	

	eventi avversi della terapia farmacologica		
Obiettivo 9	Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio	X	
Obiettivo 10	Prevenire il tromboembolismo postoperatorio	X	
Obiettivo 11	Prevenire le infezioni del sito chirurgico		X
Obiettivo 12	Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria		X
Obiettivo 13	Gestire in modo corretto il programma operatorio		X
Obiettivo 14	Garantire la corretta redazione del registro operatorio		X
Obiettivo 15	Garantire una corretta documentazione anestesiologicala		X
Obiettivo 16	Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria		X

8. OBIETTIVO 1: OPERARE IL PAZIENTE CORRETTO ED IL SITO CORRETTO

Gli interventi chirurgici in siti sbagliati, con procedure errate e su pazienti sbagliati costituiscono eventi sentinella che allarmano le organizzazioni sanitarie. L'errata identificazione dei pazienti o del sito chirurgico è un evento avverso, al momento che si verifica può provocare gravi conseguenze al paziente e compromettere seriamente la fiducia dei cittadini nei confronti dei professionisti e dell'intero sistema sanitario.

Questi errori sono riconducibili a vari fattori quali la carente pianificazione pre-operatoria, una comunicazione inefficiente o inadeguata tra i membri del team chirurgico, del mancato coinvolgimento del paziente nella marcatura del sito, da un inadeguato controllo della cartella clinica, dall'utilizzo non costante della Check List di accettazione.

Le attività di controllo pre-operatorie vengono gestite dal Chirurgo, dall'Infermiere e Medico Anestesista, di seguito vengono descritte le attività per propria competenza.

8.1 Scopo

Garantire la corretta identificazione del paziente da sottoporre all'intervento chirurgico e una corretta individuazione del sito chirurgico con l'obiettivo di ridurre la possibilità di errori relativi alla corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico, omogeneizzando i comportamenti professionali rispetto alla sicurezza clinica.

8.2 Modalità operative

Le azioni sono suddivise in tre fasi di processo che precedono l'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Le tre fasi del processo sono:

- A) Fase pre-operatoria di preparazione all'intervento (nei giorni o nelle ore che precedono l'intervento);**
- B) Fase peri-operatoria immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria;**
- C) Fase postoperatoria immediatamente precedente l'intervento.**

A) Fase pre-operatoria di preparazione all'intervento (nei giorni o nelle ore che precedono l'intervento)

La fase che precede l'intervento chirurgico e l'ingresso in sala operatoria comprende tutte le fasi di

preparazione e informazioni per il paziente. Viene compilata la Check-List pre-operatoria in formato cartaceo (allegato 2), finalizzata alla sicurezza del paziente nel percorso chirurgico implementata presso l'ASL LT il 26/03/2020, la scheda prevede

diverse sezioni, al fine di ottimizzare il percorso operatorio, i tempi di intervento e ricovero. La compilazione della Check List è importante per la corretta identificazione del paziente, del lato da operare e la riduzione dei rischi nel percorso chirurgico tramite l'implementazione di standard di sicurezza.

Il paziente per essere ammesso in sala operatoria deve essere inserito in una lista operatoria.

A.1 Lista operatoria

La lista operatoria è lo strumento fondamentale di programmazione e di organizzazione delle sale operatorie; viene redatta dal Direttore della U.O. o suo delegato sulla base dell'organizzazione interna delle sedute assegnate ad ogni U.O., concordate con il Direttore/responsabile della UOC Anestesia e il coordinatore della Sala Operatoria, sulla scorta della lista di attesa dei pazienti che hanno eseguito il percorso della preospedalizzazione. La lista viene inviata, dal Coordinatore infermieristico della U.O. di degenza chirurgica, tre giorni prima della data fissata per l'intervento o entro le ore 12 del giorno precedente l'intervento, al Coordinatore infermieristico del complesso operatorio, al servizio di Anestesia e Rianimazione, al Servizio di radiologia, Servizio Anatomia patologica, affinché l'organizzazione possa lavorare sulla preparazione delle attività di sala. La non corretta programmazione degli interventi chirurgici può causare errori o incidenti in Sala Operatoria e costituire un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza, ha come obiettivo quello di comunicare al paziente con tempi coerenti per la sua preparazione al ricovero, riducendo così eventuali rinunce ed ottimizzare e integrare le risorse necessarie. La lista operatoria al fine di garantire un'organizzazione ottimale e soprattutto la sicurezza degli operandi dovrà contenere:

- Unità operativa di provenienza;

- Dati identificativi del paziente;
- Patologia e tipo di intervento previsto se necessaria la lateralità;
- Posizione del paziente;
- Tipo di anestesia;
- Tempi dell'intervento;
- Componenti equipe operatoria;
- Eventuale utilizzo dell'apparecchio di brillanza;
- Eventuali allergie o positività del paziente;
- Necessità di utilizzo di sangue e/o emocomponenti;
- Possibilità di ricovero post-intervento presso Terapia Intensiva;
- Eventuale personale medico e tecnico da coinvolgere.

Se previsti inserimenti di pazienti che sono stati rinviati, questi devono essere inseriti ad inizio seduta, onde evitare una nuova sospensione.

La definizione della lista operatoria sarà ufficiale solo a conclusione da parte del medico responsabile delle attività di preparazione della I fase attraverso:

- a. Acquisizione del consenso all'atto sanitario;
- b. Verifica e contrassegno sito chirurgico

a) Acquisizione del consenso all'atto sanitario:

Ad eccezione delle condizioni identificate come “stato di necessità”, il paziente sottoposto ad intervento chirurgico deve essere preventivamente e adeguatamente informato sulla procedura, i benefici potenziali, le alternative disponibili, le complicanze comuni ed i rischi modificabili ed imm modificabili, dal chirurgo, dall'anestesista e dall'infermiere dell'UO di appartenenza del paziente.

Casi particolari di acquisizione del consenso:

- Paziente minorenni: espressione del consenso alle prestazioni sanitarie per i figli minori di età (art.316 CC, art.155 CC).
- Paziente interdetto (art.414 CC) o sottoposto ad una amministrazione di sostegno riferita ad atti sanitari (Legge 6/2004).
- Paziente in condizione di incapacità naturale privo in tutto o in parte di autonomia decisionale o temporaneamente incapace di esprimere la propria volontà: ove sussista stato di necessità si attua l'art.54 CP, in tutti gli altri casi si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno presso il tribunale di competenza.

La sottoscrizione del consenso informato viene fatta firmare direttamente dal paziente o da un suo tutore.

Oltre alla registrazione dell'acquisizione del consenso, **è indispensabile** registrare anche eventuali espressioni di rifiuto alla procedura da parte del paziente.

L'acquisizione del consenso all'intervento sarà acquisito dal:

Chirurgo, il quale fornirà al paziente una corretta e completa informazione sul trattamento

chirurgico proposto che includa i benefici e i rischi ad esso connessi, nonché le procedure e i metodi di trattamento alternativi. Le informazioni date devono essere chiare, in aggiunta ad esse dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Generalità del paziente (nome, cognome e data di nascita)
- Nome e descrizione della procedura
- Sede dell'intervento (organo e parte del corpo)
- Lateralità della procedura
- Motivazione per cui viene effettuata la procedura (diagnosi o condizione clinica)

- Metodi di trattamenti alternativi

In assenza del consenso, il paziente non può accedere in camera operatoria salvo situazioni di emergenza/urgenza.

Al momento dell'acquisizione del consenso, inserisce il paziente in lista operatoria e lo informa sulla data dell'intervento.

Medico anestesista: durante il colloquio il medico anestesista valutato i rischi anestesiológicos

(ASA), le eventuali presenze di allergie, informa il paziente sul tipo di anestesia che verrà effettuata e di eventuale trasferimento post-intervento in terapia intensiva.

Infermiere: nella fase pre-operatoria l'infermiere partecipa attivamente nella preparazione del paziente valutando la presenza di tutta la documentazione indispensabile all'intervento e la risoluzione di eventuali complicanze e problematiche con l'equipe chirurgica e compilando la Check List di sala operatoria come indicato nella procedura aziendale.

b) Verifica e contrassegno sito chirurgico:

Il sito chirurgico **DEVE** essere contrassegnato nelle situazioni caratterizzate da:

- lateralità dell'intervento
- interessamento di strutture multiple (dita, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste) o parti di grandi organi.

Costituiscono eccezioni:

- interventi su organi singoli
- chirurgia d'urgenza in cui non è prevista una fase preoperatoria di pianificazione

dell'intervento

- procedure interventistiche in cui il sito di inserzione del catetere o dello strumento non è predeterminato (cateterismo cardiaco)
- interventi bilaterali simultanei
- neonati prematuri in cui l'utilizzo del pennarello indelebile può causare un tatuaggio permanente.

La procedura di contrassegno del sito chirurgico deve avvenire con le seguenti indicazioni:

- Il sito chirurgico deve essere contrassegnato con un pennarello indelebile dall'operatore che effettuerà l'intervento o un suo delegato, affinché il segno rimanga visibile anche dopo l'applicazione di soluzioni per la preparazione della cute.
- È consigliabile l'utilizzo di simboli che non diano adito a confusione e che siano standardizzati all'interno della struttura sanitaria, quali le iniziali del paziente, l'utilizzo di una freccia, le iniziali del chirurgo che effettua l'intervento o una "X".
 - In casi particolari (es. occhio), per motivi estetici, di privacy o eventuali interferenze con laser o altri dispositivi medici, è opportuno contrassegnare il sito con un piccolo segno.
 - Non devono essere tracciati altri segni in altra parte del corpo e va considerata la possibilità della presenza di altri segni confondenti (es. tatuaggi).
 - Il contrassegno deve essere effettuato, se possibile, coinvolgendo il paziente, vigile e cosciente,
e/o i familiari.
- Il simbolo deve essere segnato sulla sede di incisione o nelle immediate vicinanze.
- Prima di tracciare il segno verificare il sito chirurgico sulla base della documentazione

e delle immagini radiologiche.

**B) Fase perioperatoria immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria;
Identificazione del paziente**

All'interno dell'UO l'Infermiere, dopo opportuna identificazione, consegna all'operatore preposto per il trasporto in sala operatoria, il paziente e tutta la documentazione necessaria (cartella clinica, indagini radiologiche e quanto altro utile all'intervento).

All'arrivo in sala operatoria, l'infermiere dovrà assicurare la congruenza univoca tra identità del paziente e cartella clinica;

La modalità corretta di identificazione del paziente per l'esecuzione delle procedure assistenziali

prevede due passaggi:

- la verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente e la sua data di nascita. (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?").

NB: la domanda dell'operatore NON deve suggerire la risposta (es. MAI chiedere: "Lei è il Signor Giovanni Rossi, nato il 15 gennaio del 1968?").

- dopo che il paziente ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul documento di identità e sulla documentazione relativa alla prestazione da effettuare (scheda clinica/richiesta di esame).

L'identificazione viene fatta prima che al paziente venga somministrato qualsiasi

farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive.

L'identificazione viene eseguita dal: chirurgo che esegue l'intervento deve chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento e del sito chirurgico con la collaborazione dell'anestesista e dell'infermiere; la stessa equipe deve verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica e con il Consenso Informato.

C) Fase postoperatoria immediatamente precedente l'intervento:

Questa fase deve avvenire prima dell'induzione dell'anestesia e della somministrazione di qualsiasi farmaco che possa influenzare funzioni cognitive del paziente collaborante.

Time Out

Prima di iniziare l'intervento, all'interno della sala operatoria, il chirurgo che esegue l'intervento deve effettuare la verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico.

Deve essere utilizzata una comunicazione attiva e partecipata di tutti i membri dell'equipe.

- **Controllo in doppio (Double Check)**

- Controllare l'identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico

- Il controllo deve essere effettuato in doppio, da due componenti dell'equipe separatamente: il primo controllo deve essere effettuato dal primo operatore chirurgo che esegue l'intervento; il secondo controllo deve essere effettuato dal secondo operatore chirurgo e/o anestesista, per confermare le informazioni riguardanti la corretta identità del paziente, la correttezza della procedura e del sito chirurgico.

9. OBIETTIVO 2: PREVENIRE LA RITENZIONE DI MATERIALE ESTRANEO NEL SITO CHIRURGICO

La ritenzione non intenzionale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un importante evento avverso che può e deve essere prevenuto.

9.1 Tipologia di materiale ritenuto

Il materiale più frequentemente ritenuto è rappresentato da:

- garze
- strumentario chirurgico, (ad esempio aghi, bisturi, adattatori elettrochirurgici, pinze o loro parti).

9.2 Sede dell'intervento

Secondo i dati riportati in letteratura la maggior parte degli eventi avversi si sono verificati durante interventi di chirurgia addominale, toracica e taglio cesareo.

9.3 Fattori di rischio

Secondo i dati presenti in letteratura i principali fattori di rischio sono:

- ✓ procedure chirurgiche effettuate in emergenza;
- ✓ cambiamenti inaspettati e quindi non programmati delle procedure durante l'intervento chirurgico per obesità;
- ✓ interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica;
- ✓ complessità dell'intervento;
- ✓ fatica o stanchezza dell'équipe chirurgica;
- ✓ situazioni che favoriscono l'errore di conteggio (es. garze attaccate tra loro);
- ✓ mancanza di una procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze;
- ✓ mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso

chirurgico.

9.4 Modalità operative per il conteggio dei materiali chirurgici e per il controllo della loro integrità

Tale procedura viene applicata a garze, bisturi, aghi e ad ogni materiale o strumento, anche se unico, utilizzato nel corso dell'intervento chirurgico.

Quando

Il conteggio 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

Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato nelle seguenti fasi:

- A. quando si apre la confezione sterile che lo contiene
- B. quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo
- C. quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo

Procedura
“Sicurezza del paziente in Sala
Operatoria”

Chi

- ➔ Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario devono essere effettuati 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.

Si ricorda che l'attuale orientamento giurisprudenziale, in tema di lesioni colpose conseguenti a omissione del conteggio o della rimozione dei corpi estranei all'interno del sito chirurgico, estende l'attribuzione di responsabilità a tutti i componenti dell'équipe chirurgica (Sentenze della Corte di Cassazione IV sezione penale: 26 maggio 2004 n. 39062; 18 maggio 2005 n. 18568; 16 giugno 2005 n. 22579).

Come

La procedura di conteggio deve essere effettuata:

1. a voce alta
2. da due operatori contemporaneamente (strumentista, infermiere di sala, operatore di supporto)
3. Relativamente al conteggio iniziale delle garze, verificare che il numero riportato sulla confezione sia esatto, contando singolarmente ogni garza e riportandone il numero sull'apposita scheda: il conteggio iniziale stabilisce la

base per i successivi conteggi.

4. Relativamente al conteggio iniziale dello strumentario chirurgico, verificare che il numero riportato sulla confezione all'interno del cestello sia esatto, contando singolarmente ogni strumento chirurgico e riportandone il numero sull'apposita scheda: il conteggio iniziale stabilisce la base per i successivi conteggi.
5. tutti gli strumenti, garze o altro materiale aggiunti nel corso dell'intervento devono essere immediatamente conteggiati e registrati nella documentazione operatoria;
6. l'operazione di conteggio deve essere sempre documentata mediante compilazione della scheda informatizzata o cartacea da allegare alla documentazione operatoria;
7. tutto il materiale che arriva e ritorna al tavolo servitore va controllato nella sua integrità;
8. devono essere utilizzati contenitori per le garze sterili, usate per l'intervento chirurgico, differenziati rispetto ai contenitori che raccolgono altre garze o altro materiale di sala operatoria;
9. evitare di fare la medicazione di fine intervento con garze con filo di bario rimaste inutilizzate per evitare falsi positivi in caso di controllo radiografico.

Il clima di lavoro all'interno della camera operatoria deve favorire una comunicazione libera ed efficace che coinvolga l'intera équipe chirurgica, affinché tutti i componenti siano nelle condizioni ottimali per comunicare ogni dubbio circa eventuali discordanze di conteggio

Scheda informatizzata per il conteggio garze e materiale chirurgico in uso presso ASL Latina

Scheda Informatizzata - Google Chrome
 Non sicuro | 10.60.0.166:8080/areas/bo.tempi.do

VETICA PAOLO - A.S.L. Latina - 19/07/2021

Intervento: **SULTANA RAZIA** | Data di nascita: 12/03/1993 | Età: 28 anni | Sesso: F | Data intervento: 19/07/2021 10:28 | Tipo: Ricevere 2021028505 | Registro OP: 20210000129 | Stato: Conclusa | OK Anest. | Checklist

TAGLIO CESAREO CERVICALE BASSO

Uscita Sala: 19/07/2021 09:50
 Ingresso Recovery Room
 Uscita Recovery Room
 Uscita Blocco(Pre-Sala): 19/07/2021 10:00

Dilatazione tempi
 Note / Osservazione
 nota 1
 Nessun motivo inserito

Complicanze e Trattamenti
 Complicanza: Nessun tempo preconfigurato | Orario: | Adesivo: | Azioni: | Trattamento: | Data: | Orario: | Adesivo: | Azioni: | Nuovo

Conteggi
 Fase 1 - Prima di iniziare l'intervento chirurgico (Conta iniziale)

Garze

Prodotto	Conteggio Iniziale	Quantità	Azioni
Grandi	30		
Piccole	60		
Tamponcini	3		

Presidi

Prodotto	Conteggio Iniziale	Quantità	Azioni
Strumentario	25		
Aghi	10		

Conferma Annulla Anteprima Stampa Esci

Scheda Informatizzata - Google Chrome
 Non sicuro | 10.60.0.166:8080/areas/bo.schedainf.do

VETICA PAOLO - A.S.L. Latina - 19/07/2021

Intervento: **SULTANA RAZIA** | Data di nascita: 12/03/1993 | Età: 28 anni | Sesso: F | Data intervento: 19/07/2021 10:28 | Tipo: Ricevere 2021028505 | Registro OP: 20210000129 | Stato: Conclusa | OK Anest. | Checklist

TAGLIO CESAREO CERVICALE BASSO

Ingresso Recovery Room
 Uscita Recovery Room
 Uscita Blocco(Pre-Sala): 19/07/2021 10:00

Dilatazione tempi
 Note / Osservazione
 nota 1
 Nessun motivo inserito

Complicanze e Trattamenti
 Complicanza: Nessun tempo preconfigurato | Orario: | Adesivo: | Azioni: | Trattamento: | Data: | Orario: | Adesivo: | Azioni: | Nuovo

Conteggi
 Fase 4 - Alla chiusura delle cute o al termine della procedura

Garze

Prodotto	Conteggio Iniziale	Riconteggio 1 / 1	Usata	Rimasta	DIFF.	Azioni
Grandi	30	60	15	15		
Piccole	60	65	5	55		
Tamponcini	3	3	3	0		

Presidi

Prodotto	Conteggio Iniziale	Riconteggio 1 / 1	Usata	Rimasta	DIFF.	Azioni
Strumentario	25	25	0	25		
Aghi	10	9	1	9		

Conferma Annulla Anteprima Stampa Esci

Il conteggio delle garze e strumentario chirurgico si svolge in diverse fasi:

Fase 1: Prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale);

Fase 2: Prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità (durante intervento chirurgico);

Fase 3: Prima di chiudere la ferita;

Fase 4: Alla chiusura della cute o al termine della procedura;

Fase 5: Eventuale cambio infermiere o chirurgo responsabile.

La scheda viene compilata dall'infermiere che ha effettuato il conteggio insieme all'infermiere strumentista.

Nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio ovvero sia rilevata una mancanza di integrità di strumenti e materiali occorre:

- ✓ procedere nuovamente alla conta delle garze /strumentario chirurgico
- ✓ segnalare al chirurgo
- ✓ ispezionare il sito operatorio
- ✓ ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati)
- ✓ effettuare la radiografia intraoperatoria con la relativa lettura, prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria
- ✓ registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere nella documentazione operatoria del paziente

Si raccomanda di utilizzare, nel corso dell'intervento, esclusivamente garze contrassegnate con filo di Bario od altro materiale idoneo ad agevolare l'eventuale successiva identificazione.

Per i pazienti ad alto rischio (procedure chirurgiche effettuate in emergenza, cambiamenti inaspettati e non programmati delle procedure durante l'intervento, obesità) si suggerisce, ove possibile, lo screening radiografico da effettuare prima che il paziente lasci la sala operatoria, per individuare materiale o garze radiopache.

10.OBIETTIVO 3: IDENTIFICARE IN MODO CORRETTO I CAMPIONI CHIRURGICI

La non corretta identificazione dei campioni chirurgici può causare gravi conseguenze ai pazienti e la prevenzione di tali errori è fondamentale per la sicurezza dei pazienti.

La gestione degli esami istologici presenta numerosi punti di vulnerabilità che possono condizionare disguidi, ritardi o errori. Tutti i tessuti e le cellule rappresentano campioni biologici sovente irriproducibili, sui quali l'Anatomo Patologo fornisce una diagnosi con quadri morfologici e caratteristiche immunofenotipiche e biomolecolari indispensabili a garantire la continuità assistenziale e terapeutica del paziente.

In accordo con quanto riportato nelle Linee Guida Tracciabilità, Raccolta, Trasporto, Conservazione ed Archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di Anatomia Patologica del Ministero della Salute/ISS – Sezione I, maggio 2015, nei locali dove si svolge l'attività di prelievo di tessuti e, quindi di materiale biologico (sale operatorie, ambulatori, sale endoscopiche) deve essere previsto uno spazio idoneo custodito per lo stoccaggio dei campioni, assicurando il mantenimento della qualità

degli stessi.

Prelievo dei campioni Istocitologici

Al momento della redazione della richiesta, deve essere garantita l'identificazione certa del paziente attraverso la reperibilità dei dati dalla cartella clinica o dalla tessera sanitaria.

Campioni istologici

Ogni campione (o campioni multipli dello stesso paziente) deve essere accompagnato da apposita richiesta di esame istologico. La richiesta di esame deve essere opportunamente protetta dal possibile contatto con liquidi biologici o fissativi.

Il personale durante le fasi del processo del campione istologico e citologico deve adottare tutte le misure di protezione individuale.

Il modulo di richiesta viene compilato e firmato dal medico richiedente, riportando dati indispensabili per la corretta esecuzione dell'esame e l'identificazione del paziente.

● Identificazione del paziente

Cognome e nome

Luogo e Data di nascita

Residenza – n. Telefonico

Sesso - Codice fiscale

● Identificazione del richiedente

Reparto di ricovero del paziente e Ospedale

N. Cartella Clinica

Regime del ricovero (ricovero ordinario o DH) o ambulatoriale (divisionale o libero-professionale)

Nominativo/firma leggibile e timbro del medico richiedente la prestazione.

- **Identificazione del materiale**

- ✓ Tipo di prelievo (agobiopsia, biopsia incisionale, biopsia escissionale, campione chirurgico);
- ✓ Localizzazione topografica e lateralità del prelievo (es. prostata lobo destro, rene destro, cute braccio destro, lobo superiore del polmone sinistro, ecc)
- ✓ Data del prelievo;
- ✓ Modalità di conservazione del campione (senza fissativo “a fresco” o se in liquido fissativo);
- ✓ 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).

11.OBIETTIVO 4: PREPARARE E POSIZIONARE IN MODO CORRETTO IL PAZIENTE

La non corretta preparazione e/o il non corretto posizionamento può causare gravi conseguenze ai pazienti.

Il corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio è di estrema importanza non solo per la riuscita dell'intervento in programma, ma anche per la sicurezza

dell'operando stesso e dell'equipe chirurgica. Un errore in tale ambito può comportare gravi danni al paziente spesso con lesioni nervose permanenti e di notevole entità, dovuto al fatto che l'anestesia rende l'operando meno collaborante e non autosufficiente a causa del rilassamento muscolare, dell'incapacità di percepire il dolore posturale e di comunicarlo al personale di sala.

L'importanza del corretto posizionamento appare ancor più evidente sia alla luce delle nuove tecniche chirurgiche che spesso necessitano di posizioni obbligate per la loro esecuzione, sia per interventi di chirurgia maggiore che talora si prolungano per un notevole numero di ore. Ove ritenuto necessario, il posizionamento sul letto operatorio può essere provato a paziente vigile e cooperante. Alla base di un corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio è necessario la collaborazione di tutti i membri dell'equipe, intesa come interazione delle conoscenze che ogni operatore mette a disposizione per raggiungere il fine comune.

La corretta posizione è fondamentale per salvaguardare e prevenire eventuali danni al sistema respiratorio (limitata espansione polmonare, stasi, alterato rapporto ventilazione/perfusione), il sistema circolatorio (cefalea vascolare, edema cerebrale, ischemia miocardica, diminuita perfusione degli organi), il sistema nervoso/muscolare (stiramenti, neuropatie, dolori articolari postoperatori), l'apparato tegumentario (piaghe da decubito e alopecia) e l'apparato visivo (cheratiti, congestione congiuntivale e cecità). Ogni componente dell'equipe è partecipe e collabora nel posizionamento e mantenimento per tutto il decorso della giusta posizione del paziente evitando l'insorgenza di eventuali danni.

Tabella 2		
La responsabilità dell'equipe nel posizionamento del paziente sul tavolo operatorio		
Quando	Chi	Come
1°Step: programmazione intervento	Chirurgo	In relazione al tipo di intervento da eseguire si decide la posizione da far assumere al paziente garantendo le migliori condizioni di omeostasi respiratoria e cardiovascolare.
	Anestesista	In collaborazione con il 1° Operatore si decide la giusta posizione assicurando la sicurezza respiratoria e cardiovascolare dell'operando.
	Anestesista/Chirurgo/ Infermiere	Vengono evidenziati eventuali limitazioni funzionali articolari del collo e degli arti sup e inf (esp. presenza di protesi).
Prima del trasferimento dell'operando sul tavolo operatorio	Infermiere	Controllare la funzionalità del letto operatorio in tutte le posizioni e provvedere alla preparazione di tutti gli accessori imbottiti necessari per assicurare la giusta posizione dell'operando in sicurezza. Controllare il paziente se portatore di eventuali for-

		cine, mollette dei capelli che possono essere pericolose durante il posizionamento.
Posizionamento dell'operando sul tavolo operatorio	Infermiere	Trasferimento del paziente sul tavolo operatorio e su indicazione del primo chirurgo e dell'anestesista posizionare l'operando, collaborare con l'anestesista nella fase di intubazione e controllo del tubo endotracheale.
	Anestesista	Assicura il mantenimento delle vie aeree del paziente, gestisce il capo del paziente e protegge gli occhi da eventuali arrossamenti e congiuntivite e collabora e vigila nel posizionamento dell'operando.

12.OBIETTIVO 5: PREVENIRE I DANNI DA ANESTESIA GARANTENDO LE FUNZIONI VITALI

Un evento avverso prevenibile nel corso delle manovre anestesiolgiche, quale può essere la disconnessione del ventilatore dal paziente, può avere conseguenze catastrofiche per il paziente, come la morte o un danno cerebrale. La prevenzione degli eventi avversi correlabili all'anestesia viene attuata garantendo un adeguato monitoraggio delle funzioni vitali.

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. 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. Deve essere monitorata durante tutta la fase di anestesia 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.

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 sempre disponibile un defibrillatore

cardiaco. Deve essere eseguita quotidianamente la verifica del corretto funzionamento dell'apparecchiatura di anestesia. 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 laparotomie). Per quanto riguarda il rischio di ipertermia maligna: deve essere disponibile dantrolene sodico (Dantrium) all'interno della struttura, in un ambiente noto a tutte le professionalità coinvolte. Devono essere misurate senza soluzione di continuità le concentrazioni di alogenati così come il volume dei gas inspiratori o espiratori. Deve essere effettuato almeno ogni 5 minuti o più frequentemente, se indicato dalle condizioni cliniche, il monitoraggio della pressione arteriosa. Deve essere sempre disponibile il monitoraggio della trasmissione neuromuscolare. Deve essere fornita a tutti i pazienti una miscela di gas arricchita con ossigeno. Deve essere monitorata l'ossigenazione e la perfusione dei tessuti in continuo, utilizzando un pulsossimetro a tono acustico variabile in base alla percentuale di saturazione dell'ossigeno periferico e udibile all'interno di tutta la sala operatoria.

13.OBIETTIVO 6: GESTIRE LE VIE AEREE E LA FUNZIONE RESPIRATORIA

L'inadeguata gestione delle vie aeree, anche a seguito di inadeguata identificazione dei rischi, rappresenta un importante fattore che contribuisce alla morbilità e mortalità evitabile associata all'anestesia.

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.

Nel caso in cui il paziente presenti 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.

In qualunque caso, 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.

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 in seguito 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.

14. OBIETTIVO 7: CONTROLLARE E GESTIRE IL RISCHIO EMORRAGICO

La perdita di quantità rilevanti di sangue può provocare gravissime conseguenze ai pazienti chirurgici, in termini di complicanze e mortalità evitabile.

L'equipe 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 peri-operatorio del sangue e un dispositivo per l'infusione rapida di fluidi, ad esempio, del politrauma chirurgico, chirurgia maggiore epatiche e vascolare, con eventuale ricorso a trattamenti terapeutici condivisi.

15. OBIETTIVO 8: PREVENIRE LE REAZIONI ALLERGICHE E GLI EVENTI AVVERSI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Gli errori in terapia, occorsi in sala operatoria possono avvenire durante la fase di prescrizione, preparazione o somministrazione dei farmaci e possono provocare morte o gravi complicazioni ai pazienti.

Tutti i componenti dell'equipe 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.
 - 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, (procedura aziendale "raccomandazione prevenzione errori in terapia con farmaci Look alike/sound alike (LASA)).
 - I farmaci per l'anestesia devono essere preparati ed etichettati dall'anestesista o dal personale qualificato che li somministra.
 - Gli eventi avversi da farmaci ed i near-miss avvenuti durante la somministrazione endovenosa di farmaci in corso di intervento chirurgico devono essere segnalati utilizzando la scheda di incident reporting in uso presso l'ASL Latina (Allegato 3), riesaminati ed analizzati.

16. OBIETTIVO 9: GESTIRE IN MODO CORRETTO IL RISVEGLIO ED IL CONTROLLO POSTOPERATORIO

La sorveglianza del paziente dopo il risveglio da parte di personale medico ed infermieristico deve essere effettuata in un'area che può essere la stessa sala operatoria oppure un ambiente adeguato e appositamente attrezzato ed è necessaria per la sicurezza dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici.

- L'osservazione temporanea del paziente consta di un monitoraggio clinico (respiratoria, cardiocircolatoria, neurologica, neuromuscolare, colorita 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).
- Annotare nella cartella infermieristica e anestesiologicala i parametri rilevati e altre eventuali annotazioni riscontrate. L'anestesista annoterà eventuali osservazioni nella cartella anestesiologicala e darà un punteggio attraverso l'uso del score di Aldrete: Post-Anesthesia Recovery Score (PAR) tabella 3, che prevede la valutazione di cinque parametri vitali assegnando un punteggio da 0 a 2 a ciascuno dei parametri osservati: attività motoria, coscienza, pressione arteriosa, saturimetria e respiro.

Tabella 3 SCORE di ALDRETE						
Stato Coscienza	0=non risvegliabile	1=risvegliabile	2=sveglio	0	10 min	20 min
Funzione Respiratoria	0=apnea	1=dispnea	2=respira e tossisce			
Saturazione O2	0=<92% con O2	1=>92%con O2	2=>92% in aria ambientale			
Variazioni P.A.S./abituale	0=>50mmHg	1=20-50 mmHg	2=<20 mmHg			
Attività motoria	0=assente	1=2 arti	2=4 arti-solleva la testa			
TOTALE						

- La dimissione dall'area di risveglio viene decisa dall'anestesista dopo aver verificato le condizioni del paziente.

17. OBIETTIVO 10: PREVENIRE IL TROMBOEMBOLISMO POSTOPERATORIO

Il tromboembolismo postoperatorio rappresenta un importante problema associato all'assistenza sanitaria, che può causare aumento significativo della mortalità, complicanze e prolungamento della degenza. I pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia generale presentano una prevalenza di trombosi venosa profonda pari al 15-40%, in assenza di profilassi antitromboembolica.

Per l'Obiettivo N.10 si rimanda alla procedura adottata presso l'ASL LT "La prevenzione della tromboembolia venosa post-chirurgica", procedura diffusa a tutte le aree chirurgiche. Si Allega Check List valutazione del rischio tromboembolismo e monitoraggio (Allegato 4).

18. OBIETTIVO 11: PREVENIRE LE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Le infezioni del sito chirurgico rappresentano un importante problema della qualità dell'assistenza sanitaria e possono determinare aumento significativo della mortalità, delle complicanze e della durata della degenza ospedaliera oltre a determinare un impatto economico molto alto.

Le infezioni del sito chirurgico (SSI) sono l'evento avverso più frequente che incide sulla sicurezza del paziente in tutto il mondo. Pertanto, la prevenzione di queste infezioni è complessa e richiede l'integrazione di una serie di misure preventive prima, durante e dopo la chirurgia.

17.1 Fase pre-operatoria:

Le misure principali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico nella fase

pre-operatoria sono:

- **Fornire ai pazienti informazioni e raccomandazioni** chiare e coerenti durante tutte le fasi assistenziali. Queste devono comprendere il rischio di infezione del sito chirurgico, cosa viene fatto per ridurlo e come viene gestito³. Le linee guida raccomandano fortemente di seguire tutte le indicazioni atte a prevenire eventuali infezioni.
- **Raccomandare la sospensione del fumo 4-6 settimane prima di un intervento di elezione;**
- **Prima di interventi in elezione, identificare e trattare le infezioni** non localizzate al sito chirurgico e rinviare tutti gli interventi elettivi in pazienti infetti.⁴
- **Tricotomia:**

La tricotomia aumenta l'incidenza di sviluppare un'infezione, eseguire la tricotomia solo se assolutamente indispensabile (se i peli, in corrispondenza o attorno al sito chirurgico, interferiscono con l'intervento).⁵ La tricotomia con clipper elettrico dovrebbe essere effettuata non più di due ore prima dell'intervento, in modo da limitare il più possibile la contaminazione del sito chirurgico. La tricotomia deve essere effettuata nell'Unità operativa chirurgica immediatamente prima del trasporto del paziente nel blocco operatorio o nella sala dove vengono eseguite le procedure di preparazione del paziente subito prima dell'intervento.

- La tricotomia con rasoio con lame tradizionali è assolutamente sconsigliata come viene indicata dalle raccomandazioni:

³(Linee guida NICE National Institute for Health and Care Excellence April 2019; Linee guida SHEA Society for Healthcare Epidemiology of America; 2008, IIIA)

⁴(Linee guida CDC 2017, IA; SFHH 2004, A2; SHEA 2008, IIA).

⁵ (CDC di Atlanta 2017, IA; SFHH 2004, B1; NICE 2019, 1+; SHEA/IDSA 2014; WHO 2016, forte/moderata).

- (SHEA/IDSA 2014; i peli non devono essere rimossi dal sito operatorio a meno che la loro presenza non interferisca con l'operazione. Non utilizzare rasoi. Se la tricotomia è necessaria, eseguirla fuori dalla sala operatoria utilizzando tricotomi o creme depilatorie.);
- NICE 2019, le evidenze che la tricotomia preoperatoria riduca i tassi di SSI sono insufficienti. Per rimuovere i peli non si dovrebbero utilizzare rasoi perché aumentano il rischio di SSI. Se i peli devono essere rimossi, utilizzare tricotomi elettrici con testina monouso il giorno dell'intervento poiché il taglio dei peli potrebbe essere associato ad una riduzione dei tassi di SSI.

Doccia pre-operatoria:

Il bagno o la doccia pre-operatori sono considerati una buona pratica clinica per rendere la pelle il più pulita possibile prima dell'intervento, al fine di ridurre la carica batterica, soprattutto nel sito di incisione.

Si raccomanda che tutti i pazienti facciano il bagno o la doccia la sera prima o il giorno dell'intervento con un sapone semplice o uno antimicrobico,⁶ o sapone antisettico (WHO 2016, condizionata/moderata; ASC-SIS 2016; CDC 2017, IB). Non ci sono evidenze che l'utilizzo di clorexidina al posto del sapone riduca l'incidenza di infezioni (Cochrane, 2015; WHO 2016). La disinfezione e preparazione della cute sono molto importanti nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, in quanto la cute rappresenta la prima fonte d'infezione.

17.2 Fase peri-operatoria:

La fase peri-operatoria è la fase imminente l'intervento chirurgico e comprendono tutte quelle misure atte a prevenire l'infezione del sito chirurgico. La sala operatoria è

⁶CDC 2017, IB; SFHH 2004, A; NICE 2019, 1+; HPA Scotland 2012, WHO 2016, condizionata/moderata)

l'ambiente in cui si devono adottare comportamenti tali da ridurre significativamente l'insorgenza di infezioni, e sono:

- Le porte di accesso al blocco operatorio devono rimanere costantemente chiuse;
- Nessuna persona che non appartenga al personale della sala operatoria può accedere al blocco operatorio senza autorizzazione da parte del responsabile della stessa;
- Segnalare percorso pulito e sporco;
- Entrare nel blocco operatorio attraverso la zona filtro, ed indossare:
 1. divisa da camera operatoria
 2. maschera chirurgica che copra bocca e naso; la sua efficacia è legata al potere filtrante, che si modifica con la durata d'uso. Si raccomanda la sostituzione della mascherina chirurgica ogni 2-4 ore, secondo il livello di umidificazione e secondo le indicazioni del produttore;
 3. cuffia che copra interamente i capelli;
 4. zoccoli esclusivamente da camera operatoria o zoccoli personali con calzari;
 5. È vietato uscire dal blocco operatorio, solo se necessario e quando si rientra si deve indossare una nuova divisa.

Igiene delle mani.

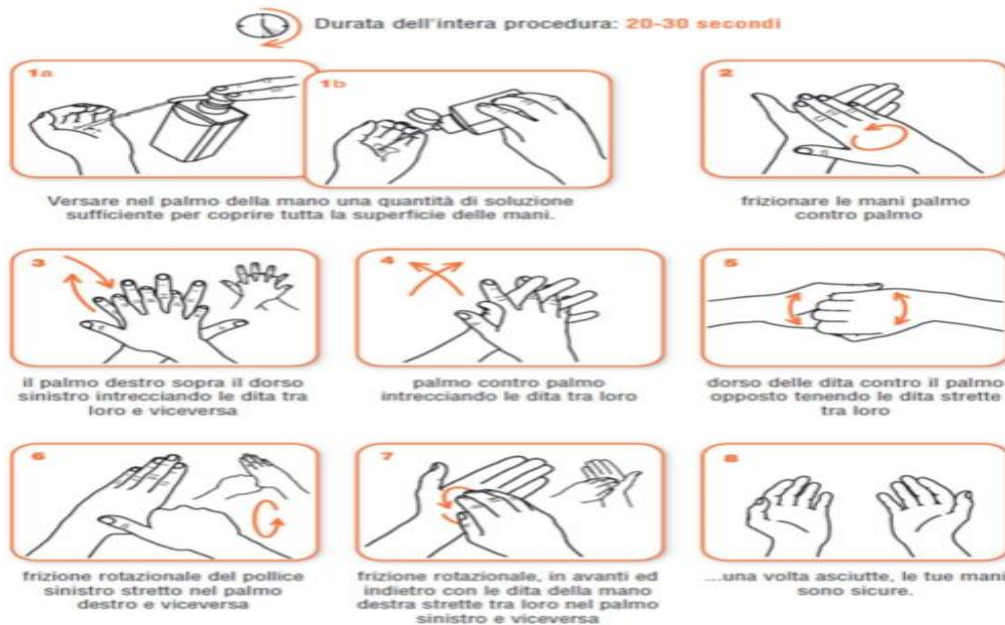
Chiunque acceda al blocco operatorio deve eseguire l'igiene delle mani prima dell'ingresso, seguendo le indicazioni dei 5 momenti del WHO. Se le mani fossero visibilmente contaminate da materiale organico, lavare le mani con acqua e sapone (WHO 2009). La pratica dell'igiene delle mani è importante in tutti i momenti dell'assistenza e in ogni contesto assistenziale, può essere effettuata nei seguenti modi:

Frizione con soluzione alcolica: ha l'obiettivo di ridurre la cosiddetta flora microbica transitoria. a. Prodotto da utilizzare: soluzioni a base alcolica conformi alla norma EN

1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791;

b. Tempo di lavaggio: 20-30 secondi. **Come eseguirla:** applicare il prodotto sul palmo della mano e frizionare tra loro le mani coprendo tutta la superficie dei palmi e del dorso, delle dita, degli spazi interdigitali e ungueali, fino a che le mani sono asciutte. Rappresenta il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani, in quanto è veloce, efficace e ben tollerato dalla cute. Sostituisce il lavaggio cosiddetto sociale (eseguito con acqua e sapone) e quello antisettico (eseguito con acqua ed antisettico).

Figura 2 – Come praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica



Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico: l'uso del sapone consente l'allontanamento meccanico della flora microbica transitoria, mentre il sapone antisettico esercita anche un effetto antimicrobico.

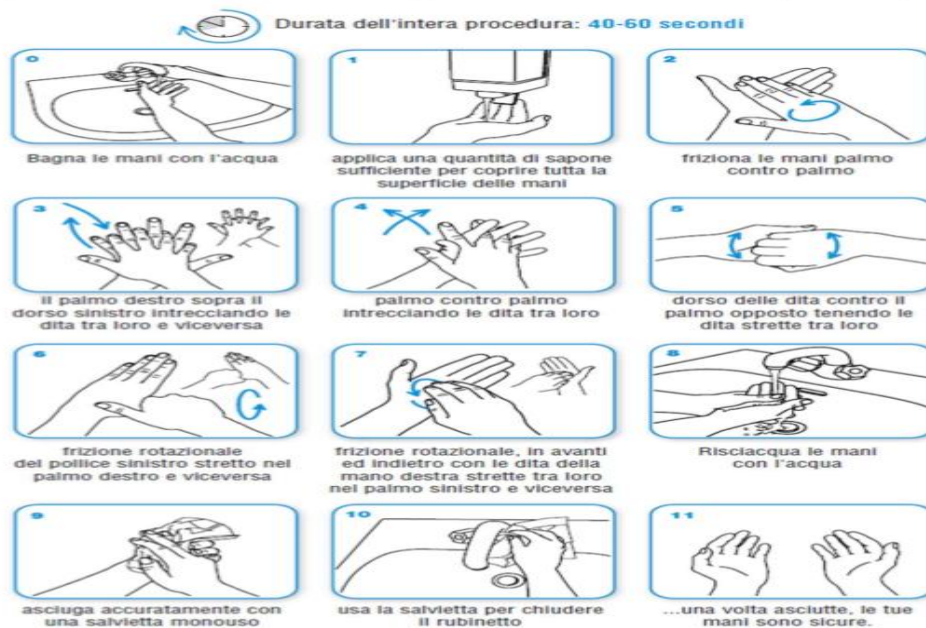
a. Prodotti da utilizzare: comune detergente o detergente antisettico;

b. Tempo di lavaggio: 40-60 secondi.

Come eseguirlo: 1. bagnarsi con acqua le mani; 2. applicare una dose di detergente sufficiente a coprire tutta la superficie delle mani; 3. insaponare il palmo e il dorso

delle mani l'una contro l'altra per permettere al detergente di venire in contatto con tutta la superficie soggetta al lavaggio, compresi il pollice, gli spazi interdigitali ed ungueali; 4. risciacquare bene le mani facendo scorrere l'acqua dalle dita verso i polsi; 5. asciugare le mani usando una salvietta monouso; 6. se il lavandino è sprovvisto di rubinetto a gomito o a pedale, chiuderlo con l'ultima salvietta utilizzata.

Figura 3 – Come praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone



Lavaggio chirurgico delle mani: Si raccomanda che la preparazione chirurgica delle mani venga effettuata o con lavaggio antisettico con sapone antibatterico e acqua o frizionandole con un adeguato prodotto a base alcolica prima di calzare i guanti sterili, allo scopo di eliminare la flora transitoria e ridurre la flora residente. Inoltre, deve inibire la proliferazione dei batteri sotto la mano guantata e mantenere al minimo possibile la contaminazione del campo chirurgico, specialmente in caso di puntura del guanto sterile durante le procedure. Nelle linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani,

pubblicate nel 2009, e in tutte le altre linee guida nazionali e internazionali sulla prevenzione delle SSI si raccomanda un'adeguata preparazione chirurgica delle mani. Vengono utilizzati gli stessi principi attivi del lavaggio antisettico, con l'obiettivo di eliminare la flora batterica transitoria e ridurre la flora residente, con un'attività antimicrobica persistente.

- ✓ Tenere le unghie corte, arrotondate, limate (per non lesionare i guanti) e non indossare unghie artificiali (CDC 1999, IB; NICE 2019, 1+).
- ✓ Togliere orologi, bracciali, fedi, anelli, non indossare orecchini e collane (o coprire queste ultime), ecc.
- ✓ Non utilizzare smalto per le unghie: diversi studi indicano che per gli operatori sanitari l'assenza di smalto sulle unghie sia l'opzione più sicura per prevenire la trasmissione delle infezioni. In particolare, sembra che lo smalto sbeccato, in gel, o indossato da più di quattro giorni possa ospitare microrganismi che non vengono rimossi con il lavaggio delle mani, neanche quello chirurgico;
- ✓ Effettuare la preparazione chirurgica delle mani, bagnando uniformemente mani e avambracci fino a due dita al di sopra della piega del gomito e versare sulle mani il prodotto antisettico e per almeno 2-5 minuti sfregare con movimenti circolatori dal basso verso l'alto senza tornare indietro fino al gomito, oppure per 60 secondi per due volte consecutive utilizzando una soluzione alcolica (attenendosi alla UNI EN 12791) (WHO 2009), con uno spazzolino sterile spazzolare le unghie per 30 secondi circa per ogni mano.
- ✓ Risciacquare prima le mani e dopo gli avambracci, tenere le mani sollevate e distanti dal

corpo (gomiti in posizione flessa) così che l'acqua scorra via dalla punta delle dita verso i gomiti.

- ✓ Asciugare le mani ed avambracci con un asciugamano sterile, va asciugato prima ciascun dito, poi la restante parte della mano ed infine l'avambraccio fino alla piega del gomito con movimento circolare senza tornare indietro. Per ogni mano utilizzare un asciugamano.
- ✓ Indossare camice sterile e guanti sterili (CDC 1999, IB).

Non esistono indicazioni da linee guida per un cambio sistematico dei guanti a intervalli

regolari. Data la possibile alterazione della permeabilità in seguito a microperforazioni, considerare il cambio ogni 90 minuti negli interventi ad alto rischio, per esempio ortopedici e cardiocirurgici.

- ✓ E' vietato l'utilizzo di teleria completamente in cotone (UNI EN 13795);

Tecnica del lavaggio chirurgico delle mani

- Lavare le mani con acqua e sapone quando si arriva in sala operatoria o dopo essersi vestiti (cuffia/cappello e maschera)
- Per la preparazione chirurgica delle mani utilizzare un prodotto a base alcolica (ABHR), seguendo con cura la tecnica illustrata nelle immagini da 1 a 17, prima di ogni intervento.
- Se alla rimozione dei guanti rimangono sulle mani residui di talco o di materiale biologico, lavare con acqua e sapone



1
 Mettere all'incirca 5 ml (tre dosi) di ABHR nel palmo della mano destra utilizzando il gomito dell'altro braccio per azionare il dispenser



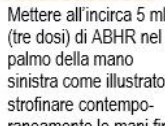
2
 Immergere le dita della mano destra nel liquido per decontaminare sotto le unghie (5 secondi)



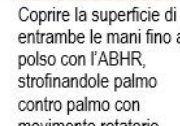
Figure 3-7: Spalmare il prodotto sull'avambraccio destro fino al gomito. Assicurarsi che tutta l'area sia coperta da movimenti circolari intorno all'avambraccio fino a quando il prodotto non è completamente evaporato (10-15 secondi)



Figure 8 – 10: Ripetere i passaggi 1-7 sulla mano e sull'avambraccio sinistri



11
 Mettere all'incirca 5 ml (tre dosi) di ABHR nel palmo della mano sinistra come illustrato e strofinare contemporaneamente le mani fino ai polsi come illustrato nelle figure 12-17 (20-30 secondi)



12
 Coprire la superficie di entrambe le mani fino al polso con l'ABHR, strofinandole palmo contro palmo con movimento rotatorio



13
 Strofinare il dorso della mano destra, compreso il polso, muovendo avanti e indietro il palmo della sinistra e viceversa

14
 Strofinare palmo contro palmo, avanti indietro con le dita intercalate

15
 Strofinare il dorso delle dita tenendole nel palmo della mano opposta, con movimento laterale avanti e indietro

16
 Strofinare il pollice sinistro ruotandolo nel palmo chiuso della mano destra e viceversa

17
 Quando le mani sono asciutte si possono calzare i guanti chirurgici sterili

Ripetere la sequenza (in media 60 secondi) per il numero di volte necessarie a raggiungere la durata totale prescritta dalla casa produttrice dell'ABHR. Potrebbero essere due o anche tre volte



Comportamenti in Sala Operatoria.

Limitare i movimenti dentro la sala operatoria e le entrate/uscite a quanto strettamente necessario, comportamenti fondamentali onde evitare una qualsiasi contaminazione dell'ambiente chirurgico.⁷

Preparazione del campo operatorio

Per la preparazione della cute del sito chirurgico di un paziente da sottoporre ad intervento, si raccomandano soluzioni antiseptiche alcoliche a base di clorexidina Gluconato che sono efficaci contro un'ampia gamma di batteri, funghi e virus, rispetto alle soluzioni acquose.

Per preparazione del sito chirurgico si intende il trattamento preoperatorio della cute integra del paziente all'interno della sala operatoria.

La preparazione comprende: il punto preciso dove si intende eseguire l'incisione chirurgica, ma anche un'area più vasta della cute del paziente, allo scopo di ridurre al minimo la carica microbica sulla cute del paziente prima di incidere la barriera cutanea. Se non vi sono controindicazioni legate al tipo di intervento e alle caratteristiche del paziente, utilizzare sempre un antiseptico contenente alcol che deve essere lasciato evaporare completamente (per almeno 3 minuti). Qualora sia necessario utilizzare un antiseptico in soluzione acquosa, ricordare che lo iodopovidone in soluzione acquosa richiede tempi di contatto più lunghi (Mongardi et al., 2011). Lasciare asciugare sempre la soluzione applicata alcolica o acquosa secondo le indicazioni del produttore. L'utilizzo dell'alcol è controindicato per alcune procedure chirurgiche, incluse quelle dove l'agente può ristagnare o non asciugarsi (ad esempio quando vengono interessati

⁷ (SHEA 2013, III; Philadelphia Consensus 2013).

i capelli), per il rischio di incendio.⁸ È anche controindicato per procedure che interessano mucose, cornea o orecchio;⁹ non utilizzare la clorexidina per gli interventi che interessano l'occhio e le meningi, ad eccezione che in chirurgia oftalmica dove è indicato l'uso della clorexidina in soluzione acquosa in concentrazioni non superiori allo 0,05%.

- Nel taglio cesareo associare la preparazione vaginale con soluzione acquosa per uso vaginale di

iodopovidone per la prevenzione delle endometriti post-operatorie (Cochrane 2014), in particolare nelle donne che hanno iniziato il travaglio o che hanno una rottura delle membrane.

Sanificazione e disinfezione del blocco operatorio

L'ambiente occupa un ruolo fondamentale nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ed è per questo che risulta importante un'accurata sanificazione e disinfezione delle aree operatorie, in quanto esse sono considerate un ambiente ad alto rischio e classificate "Aree ad altissimo coefficiente di complessità" - Codice Rosso -, come riportato nel capitolato tecnico sulla sanificazione e pulizia degli ambienti sanitari adottato dalla Regione Lazio. Un livello ottimale di pulizia si basa principalmente su 3 fattori: (1) azione dei prodotti chimici; (2) azione delle attrezzature e dei macchinari; (3) attività degli operatori.

La corretta pulizia, disinfezione e sanificazione delle sale operatorie rappresentano le procedure più importanti nel limitare la contaminazione microbiologica ambientale e

⁸ (ACS-SIS 2016).

⁹ (SHEA 2014, I; ACS-SIS 2016);

di conseguenza il rischio di infezione del paziente, a garanzia della qualità e sicurezza delle prestazioni eseguite. Essa viene eseguita a fine seduta, ad ogni cambio di paziente e all'apertura della sala.

Le aree del blocco operatorio sottoposte a sanificazione sono:

- Area sala operatoria: sala operatoria, zona lavaggio mani e sala attesa;
- Area percorso pulito: corridoio percorso pulito, locale di stoccaggio strumentario, dispositivi sterili, zone filtro;
- Area percorso sporco: corridoio percorso sporco, locale di stoccaggio rifiuti, strumentario decontaminato, locale di decontaminazione;
- Area servizi igienici: servizi igienici.

Le indicazioni qui contenute si applicano alle sale operatorie presenti presso l'Azienda ASL LT per tutte le tipologie di intervento (urgenza o elezione) e per ogni livello di complessità (ambulatoriale, bassa, elevata). I Blocchi Operatori sono costituiti da sale operatorie e da altri locali in base alla funzione e destinazione d'uso. Distinguiamo 5 zone all'interno del blocco operatorio, differenti tra

loro in base al grado di accettabilità della carica microbica e alla pressione differenziale degli ambienti:

- **Zona A**: Sala operatoria A, B, C..., lavaggio mani, induzione e risveglio
- **Zona B**: Area di sterilizzazione/decontaminazione
- **Zona C**: Uffici, zona relax, deposito pulito, zona filtro, corridoi
- **Zona D**: Locale materiale sporco e rifiuti, corridoi
- **Zona E**: Spogliatoi personale e servizi igienici

Il comportamento degli operatori sanitari deve essere adeguato alle zona in cui si

trovano; le sole caratteristiche tecniche non sono sufficienti a prevenire le complicanze infettive se queste non sono abbinate a comportamenti corretti.

Operatori coinvolti:

- 1° OSS: Sanificazione e disinfezione delle apparecchiature e arredi presenti nella sala operatoria;
- Infermiere circolante: riordino della sala;
- Strumentista: riordino e conta dello strumentario utilizzato da consegnare nella zona di decontaminazione;
- Personale afferente alla ditta appaltatrice servizio pulizie: Sanificazione e disinfezione di tutte le zone;

MODALITÀ OPERATIVE

Tutte le procedure di pulizia saranno sottoposte a verifica periodica dalla coordinatrice/coordinatore, attraverso appositi moduli del sistema informativo di gestione, che permetteranno di avere una rendicontazione qualitativa del servizio.

Tutto il materiale e i presidi per la pulizia del blocco operatorio saranno utilizzati solo all'interno del blocco operatorio, conservati in appositi luoghi prestabiliti.

Nella tabella vengono riportate le attività da eseguire all'interno delle sale operatorie come previsto

dal capitolato Regione Lazio “Gara comunitaria centralizzata a procedura aperta finalizzata all'affidamento del servizio di pulizia e sanificazione occorrente alle Aziende Sanitarie della Regione Lazio” affidata alla ditta Meranese con delibera n. 758 Del 26/07/2021 della durata di 60 mesi, con decorrenza Dal 01/08/2021.

La pulizia a inizio giornata, si effettuata almeno 15 minuti prima dell'ingresso del paziente.

Tabella 4 Attività di sanificazione presso le Sale Operatorie

ZONA BCM - SALE OPERATORIE
INIZIO ATTIVITA' GIORNALIERA
<ul style="list-style-type: none"> • rimozione della polvere da tutte le superfici, compresi gli arredi (lampada scialitica, carrelli, monitor, lettino, tavolo servitore, tavolo madre, respiratore automatico, cavi di alimentazione, etc..) con metodo ad umido, utilizzando panni monouso con soluzione detergente e successiva disinfezione; • rimozione dello sporco dai pavimenti con metodi ad umido e con panni monouso con soluzione detergente e successiva disinfezione.
DURANTE LA SEDUTA OPERATORIA, TRA UN INTERVENTO E L'ALTRO
<ul style="list-style-type: none"> • movimentazione della teleria/biancheria e sostituzione dei contenitori dei rifiuti speciali; • decontaminazione in caso di superficie visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito, etc.); • pulizia accurata del letto, dei carrelli e dei tavolini, lavaggio con soluzione detergente e successiva disinfezione; • detersione della lampada scialitica e delle attrezzature e successiva disinfezione; • rimozione dello sporco dai pavimenti con metodi ad umido e con panni monouso e successiva disinfezione. • chiusura e trasporto al punto di raccolta di tutti i contenitori dei rifiuti assimilabili agli urbani e sostituzione del sacchetto o del contenitore; • raccolta di carta, cartone (compresa piegatura e legatura) ed altri rifiuti di maggiori dimensioni e conferimento al punto di raccolta, incluso il trasporto del vetro e della plastica; • la raccolta dei contenitori dei rifiuti speciali dai punti di stoccaggio temporaneo ed il loro trasferimento ai punti di stoccaggio/aree di deposito centralizzato definite da ciascuna Azienda Sanitaria.
TERMINE DELLE ATTIVITA' GIORNALIERE
<ul style="list-style-type: none"> • decontaminazione in caso di superficie visibilmente contaminate con materiale organico (sangue,

feci, vomito, etc.);

- rimozione dello sporco dai pavimenti con metodi ad umido e con panni monouso;
- spostamento all'esterno della sala degli arredi e delle attrezzature mobili e loro pulizia;
- pulizia accurata del letto dei carrelli e dei tavolini, lavaggio con soluzione detergente e successiva disinfezione;
- lavaggio delle pareti, porte e altre superficie verticali, supporti aerei, pensili (lampada scialitica), attrezzature e arredi e successiva disinfezione;
- lavaggio dei pavimenti con metodi ad umido e con panni monouso e successiva disinfezione, anche utilizzando macchine lavasciuga o monospazzola;
- spolveratura delle bocchette e rimozione delle macchie dal controsoffitto;
- ricollocazione all'interno della sala degli arredi e delle attrezzature precedentemente rimosse e pulite;
- chiusura e trasporto al punto di raccolta di tutti i contenitori dei rifiuti assimilabili agli urbani e sostituzione del sacchetto o del contenitore;
- raccolta di carta, cartone (compresa piegatura e legatura) ed altri rifiuti di maggiori dimensioni e conferimento al punto di raccolta, incluso il trasporto del vetro e della plastica;
- la raccolta dei contenitori dei rifiuti speciali dai punti di stoccaggio temporaneo ed il loro trasferimento ai punti di stoccaggio/aree di deposito centralizzato definite da ciascuna Azienda Sanitaria.

RISANAMENTO SETTIMANALE

- spostamento all'esterno della sala degli arredi e delle attrezzature mobili;
- pulizia a fondo dei pavimenti utilizzando macchine lavasciuga o monospazzola e successiva disinfezione;
- pulizia a fondo di tutti gli arredi, sia internamente che esternamente (gli armadi devono essere svuotati da personale di sala operatoria), pareti porte ed altre superficie verticali, controsoffitti e successiva disinfezione;
- pulizia e successiva disinfezione degli impianti di riscaldamento o condizionamento. L'intervento dovrà essere limitato alle sole parti esterne avendo l'avvertenza di non manomettere i vari congegni per il funzionamento, l'eventuale pulizia delle parti interne, dove possibile, dovrà essere effettuato utilizzando l'aspiratore con filtro antibatterico;
- pulizia e disinfezione dei corpi illuminanti (compresa la scialitica).

- pulizia a fondo dei pavimenti utilizzando macchine lavasciuga o monospazzola e successiva disinfezione.

INIZIO ATTIVITA' GIORNALIERA

- decontaminazione in caso di superficie visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito, etc.);
- spolveratura ad umido ed asportazione di macchie da tutte le superfici orizzontali e verticali accessibili;
- spolveratura ad umido e disinfezione di tutte le superfici orizzontali, comprese le lampade scialitiche ed i pavimenti di tutti i locali dell'area;
- detersione delle facce di vetri, infissi, telai, contro telai e cassonetti;
- asportazione ad umido con garze monouso o aspirazione della polvere da tutte le pavimentazioni;
- detersione e disinfezione dei piani di lavoro e delle pavimentazioni protette e non protette;
- pulizia e riordino delle barelle e delle sedie a rotelle;
- detersione e disinfezione dei sanitari, delle zone di lavaggio mani e degli idrosanitari, pareti, piastrelle e superfici limitrofe;
- raccolta di carta, cartone (compresa piegatura e legatura) ed altri rifiuti di maggiori dimensioni e conferimento al punto di raccolta, incluso il trasporto del vetro e della plastica;
- chiusura e trasporto al punto di raccolta di tutti i contenitori dei rifiuti assimilabili agli urbani e sostituzione del sacchetto o del contenitore.

DURANTE LA GIORNATA

- decontaminazione in caso di superficie visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito, etc.);
- detersione e disinfezione delle pareti lavabili, battiscopa, pareti attrezzate e divisorie, porte a vetro in laminato plastico, divisori in materiale lavabile;
- detersione e disinfezione di superfici orizzontali e verticali, tavolini servitori, carrelli, lampade, barelle;
- spolveratura con prodotti antistatici, di computer e video TV;
- detersione e disinfezione dei sanitari, del lavaggio mani e degli idrosanitari, pareti e superfici limitrofe;

- pulizia a fondo dei pavimenti utilizzando macchine lavasciuga o monospazzola e successiva disinfezione.
- spolveratura ad umido e disinfezione di tutte le superfici orizzontali, comprese le lampade scialitiche ed i pavimenti delle sale operatorie e di tutti i locali dell'area;
- asportazione ad umido con garze monouso o aspirazione della polvere da tutte le pavimentazioni;
- detersione e disinfezione dei piani di lavoro e delle pavimentazioni protette e non protette;
- disinfezione dei sanitari e degli idrosanitari e piastrelle limitrofe;
- detersione delle facce di vetri, infissi, telai, contro telai e cassonetti;
- pulizia di tutte le attrezzature di acciaio: lavaferri, autoclavi, lavastoviglie, lavazocchi, banconi vari, etc;
- raccolta di carta, cartone (compresa piegatura e legatura) ed altri rifiuti di maggiori dimensioni e conferimento al punto di raccolta, incluso il trasporto del vetro e della plastica;
- chiusura e trasporto al punto di raccolta di tutti i contenitori dei rifiuti assimilabili agli urbani e sostituzione del sacchetto o del contenitore;
- trasporto interno al punto di stoccaggio temporaneo individuato in ogni Azienda Sanitaria di tutti i contenitori dei rifiuti speciali (in accordo ai protocolli sanitari interni alla singola Azienda Sanitaria).

RISANAMENTO SETTIMANALE

- spolveratura ad umido degli apparecchi fissi di illuminazione;
- aspirazione con prolunghe ed accessori di tutte le parti aeree oltre altezza d'uomo, compresi gli apparecchi d'illuminazione, bocche di aerazione, apparecchi di condizionamento, anche con aspirapolvere dotato di filtro assoluto;
- spolveratura ad umido di apparecchi di condizionamento, bocchette d'aerazione;
- pulizia con idonei prodotti disincrostanti, delle rubinetterie, dei porta-sapone, dei porta-salviette e degli accessori;
- deragnatura nelle parti raggiungibili con l'utilizzo di un deragnatore;
- pulizia ad umido dei davanzali interni;
- pulizia a fondo di tutti gli arredi, sia internamente che esternamente (gli armadi devono essere svuotati da personale di sala operatoria), pareti, porte e altre superfici verticali, controsoffitti e successiva disinfezione;

Le attività di pulizia dell'area pulita (zona induzione e risveglio, corridoio pulito, lavaggio mani) devono essere articolate ad inizio attività, durante la giornata, al termine dell'attività giornaliera. Gli orari verranno concordati con il responsabile della ditta appaltatrice in accordo con le Direzioni Sanitarie di presidio.

Di seguito si riportano le procedure dettagliate per la pulizia dedicata alle sale operatorie come previsto dal capitolato Regione Lazio “Gara comunitaria centralizzata a procedura aperta finalizzata

all'affidamento del servizio di pulizia e sanificazione occorrente alle Aziende Sanitarie della Regione Lazio” affidata alla ditta Meranese con delibera n. 758 Del 26/07/2021 della durata di 60 mesi, con decorrenza Dal 01/08/2021.

Affinché gli interventi siano **efficaci** e determinino un adeguato livello di sicurezza gli addetti dedicati al presidio nelle Sale operatorie applicheranno **un preciso protocollo**, che prevede il rispetto dei criteri descritti di seguito.

PROTOCOLLO PER LA CONDUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICONDIZIONAMENTO DELLE SALE OPERATORIE

L'inizio del servizio di pulizia avverrà sempre partendo **dai locali puliti verso quelli sporchi**, In caso di **spandimento di materiale organico** si provvederà alla **decontaminazione a mezzo disinfettante**, Prima di applicare il disinfettante, l'operatore aspetterà **che la superficie sia asciutta** per non alterare la concentrazione del prodotto, La **diluizione** e **l'utilizzo dei detergenti** e dei **disinfettanti** sarà conforme alle raccomandazioni del fabbricante, Per la rimozione di polvere e sporco, sia dai pavimenti che dalle superfici, saranno impiegati **sistemi ad umido**, Sarà utilizzato il **sistema preimpregnato**, che prevede l'utilizzo di panni precedentemente impregnati di prodotto detergente o disinfettante, collocati in apposite vasche di raccolta poste a corredo del carrello di pulizia. Per il lavaggio manuale dei pavimenti, l'addetto procederà partendo dal fondo della sala operatoria e proseguendo verso l'uscita **con movimenti a “S”**, avendo cura di trattare uniformemente tutta

INTERVENTO CHIRURGICO

DECONTAMINAZIONE
 È l'operazione che viene effettuata nel caso in cui vi sia necessità di operare su una superficie con presenza di materiale organico. Mediante l'impiego di disinfettanti a concentrazione elevata e per tempi di consumo stabiliti, permette di ottenere una riduzione della carica microbica, consentendo all'addetto di effettuare la rimozione totale del materiale organico mediante panni monouso a perdere. In seguito, il personale effettua la detersione e la disinfezione della superficie contaminata.

DETERSIONE
 Prima di disinfettare un ambiente è indispensabile eseguire un'accurata pulizia con detergenti per rimuovere meccanicamente buona parte della carica microbica. La maggior parte dei disinfettanti non agisce su superfici o oggetti sporchi, specie in presenza di materiale organico. La detersione è quindi un'azione preliminare alla disinfezione che sarà effettuata in momenti diversi e con panni di colore diverso.

DISINFEZIONE
 È l'operazione successiva alla sanificazione che permette di abbattere ulteriormente la contaminazione microbica presente sulle superfici. Dopo aver eseguito l'operazione, è necessario non risciacquare e non asciugare le superfici, in modo da consentire l'azione residua del disinfettante, utilizzato secondo le modalità prescritte (concentrazione, tempi di contatto, ecc.) e correttamente conservato.

19. OBIETTIVO 12: PROMUOVERE UN'EFFICACE COMUNICAZIONE IN SALA OPERATORIA

Una comunicazione non corretta, dalle omissioni di informazioni o errate interpretazioni ai conflitti intercorrenti tra i componenti l'equipe operatoria, può essere la causa di eventi avversi ed eventi sentinella costituendo un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

Tutte le informazioni riguardanti il paziente devono essere registrate nella documentazione sanitaria in modo accurato e completo e devono recare la firma di chi le ha riportate. Esse devono essere condivise da tutta le equipe chirurgica, al fine di pianificare la lista operatoria e preparare ogni intervento chirurgico in sicurezza. Il Manuale Ministeriale per la sicurezza in sala operatoria, nel promuovere un'efficace comunicazione, mette in evidenza tre aspetti particolarmente decisivi: la fase pre-operatoria, la fase postoperatoria e le caratteristiche della documentazione sanitaria del paziente.

- A. **Fase preoperatoria** una comunicazione efficace rafforza i rapporti interni dell'equipe chirurgica fondamentale per la buona riuscita dell'intervento,
- **Chirurgo:** deve informare e comunicare a tutti i componenti dell'equipe delle criticità dell'intervento chirurgico, sui rischi emorragici, su eventuali dispositivi da utilizzare per l'intervento (strumenti, impianti, apparecchiature per immagini intraoperatoria, anatomia patologica) e eventuali variabili che potrebbero insorgere nell'atto chirurgico.
 - **Anestesista:** informare l'equipe chirurgica eventuali criticità legate alle condizioni fisiche del paziente (difficile intubazione, presenza di eventuali allergie) e di eventuale trasferimento post-intervento presso terapia intensiva.

- **Infermiere:** accertarsi all'arrivo della lista operatoria se presente tutto il materiale necessario e comunicare eventuali criticità o assenza di materiale o attrezzature.

Al momento dell'arrivo del paziente in sala operatoria accertarsi che tutta la documentazione clinica sia completa, siano presenti immagini radiografiche e consenso informato. Si ricorda che il

controllo della presenza della documentazione clinica, deve essere effettuata dal coordinatore e/o infermiere dell'UO di appartenenza del paziente come indicato dalla procedura in uso (Allegato 4).

La comunicazione è un aspetto fondamentale per la buona riuscita dell'intervento, ogni professionista di sala operatoria ha il dovere di comunicare ogni singolo dato, compresi errori e criticità inerenti all'intervento chirurgico.

B) Fase post-operatoria

- ✓ **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'equipe eventuali problematiche riscontrate durante
- ✓ l'intervento o nella fase postoperatoria, (antibiotico profilassi se effettuata, controllo delle perdite ematiche, somministrazione e posizionamento della terapia del dolore, nel postoperatorio controllo dei drenaggi ed avvisare il chirurgo se si presentano eccessive perdite, controllo della saturazione O2 e della PA eventuali anomalie avvisare anestesista).

Tutte le informazioni devono essere documentate nella cartella infermieristica e cartella clinica ed avere 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.

Le informazioni registrate dagli operatori, ognuno per propria competenza dovrebbero contenere almeno i seguenti elementi:

- **Chirurgo** 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.
- **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.

- **Infermieri** devono includere almeno i seguenti elementi: conta di garze, aghi, taglienti e strumenti chirurgici effettuata nelle varie fasi dell'intervento; nome ed 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.

20. OBIETTIVO 13: GESTIRE IN MODO CORRETTO IL PROGRAMMA OPERATORIO

La non corretta programmazione degli interventi chirurgici può causare errori o incidenti in sala operatoria e costituire un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

L'integrazione delle procedure di pianificazione chirurgica e le procedure di programmazione di tutte le attività del prericovero, rappresentano un elemento fondamentale per l'organizzazione e la pianificazione del percorso del paziente chirurgico programmato. È importante inoltre pianificare le risorse sia di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (spazio di sala operatoria, specialisti clinici e tecnici, materiale, apparecchiature e strumentario chirurgico), necessari per condurre l'intervento chirurgico con un maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione.

Il responsabile dell'unità operativa chirurgica, in accordo con l'anestesista e con il coordinatore di sala operatoria, (ad esempio tipologia di intervento, priorità cliniche,

disponibilità dei posti letto di terapia intensiva, rispetto dei tempi di utilizzo delle sale operatorie assegnate, tipo di ricovero day surgery, ordinario, ecc.); La lista operatoria dovrà contenere i seguenti elementi:

- sala operatoria A,B, C, o altra denominazione in uso presso la struttura;
- 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;

La lista operatoria settimanale deve giungere, ad esempio il giovedì precedente la settimana programmata, alle figure coinvolte attivamente nell'organizzazione dei processi, quali

responsabili di blocco operatorio, del reparto di degenza, al Responsabile del servizio anestesia e rianimazione e in 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;

Indicare eventuali cambiamenti dei programmi operatori, eventuali urgenze/emergenze le quali devono essere condivise da parte di tutti i componenti dell'equipe, verificando tutta l'attività chirurgica. Alla fine dell'intervento deve essere trascritto sul programma operatorio giornaliero se l'intervento è stato effettuato ovvero se non è stato eseguito, specificandone il motivo.

- Il programma operatorio giornaliero alla fine della giornata viene archiviato;

21.OBIETTIVO 14: GARANTIRE LA CORRETTA REDAZIONE DEL REGISTRO OPERATORIO

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

A ogni azienda sanitaria è fatto obbligo di avere informatizzato sia la checklist operatoria e il registro operatorio e 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 ICD9-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.

- 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.

22. OBIETTIVO 15: GARANTIRE UNA CORRETTA DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA

La non corretta documentazione anestesiologicala può causare errori o generare gravi danni ai pazienti e costituisce un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

Le aziende sanitarie devono adottare la documentazione anestesiologicala volta a garantire la sicurezza e qualità dell'assistenza, contenente i seguenti requisiti:

- 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.

La cartella clinica anestesiologicala in uso presso l'azienda è 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, valutazione pre-operatoria conclusiva con l'attribuzione dell'ASA e consenso informato all'anestesia. Al termine della valutazione preoperatoria vanno comunicate le 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;

- 3) scheda intraoperatoria comprendente le seguenti informazioni: nome dell'anestesista che pratica il trattamento, equipe operatoria, 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;
- 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 e 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 terapeutici, alla terapia antalgica e al monitoraggio postoperatorio.

23. OBIETTIVO 16: ATTIVARE SISTEMI DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ IN SALA OPERATORIA

I miglioramenti della qualità e della sicurezza in sala operatoria sono associati alla capacità del sistema di valutare i propri successi ed insuccessi. L'OMS raccomanda fortemente l'adozione di una lista di indicatori semplici ed essenziali, "vital statistics", per la sorveglianza dell'attività in sala operatoria da utilizzarsi sia a livello delle strutture sanitarie, sia a livello dei professionisti.

Ogni Direzione Aziendale deve monitorare i livelli di qualità delle sale operatorie, attraverso una valutazione standardizzata e sistematica di tutti i casi di decesso occorsi

nelle prime 24 ore post-intervento.

- la valutazione viene fatta attraverso l'applicazione di alcuni indicatori quali:

- ✓ 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.
- ✓ 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.

24.Indicatori di efficienza e efficacia

Indicatore	Raccolta dati	Tempi	Analisi dati	Risultati
Numero di checklist compilate e firmate/numero degli interventi chirurgici effettuati	Modalità di raccolta: analisi cartelle cliniche	Analisi dei dati: semestrale	Responsabile raccolta dati: Rischio Clinico	Valore atteso il 100% delle checklist compilate
N. Eventi sentinella/anno	Schede raccolte	Analisi dei dati: semestrale	Responsabile raccolta dati: Rischio Clinico	Valore atteso 0%

23. CONCLUSIONI

La Check List resta lo strumento fondamentale per la prevenzione degli errori in Sala Operatoria, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in quanto rispetto ad altri settori è l'ambiente più a rischio nel verificarsi errori che vanno dalla identificazione del paziente, alla correttezza del sito chirurgico, dalla appropriata sterilizzazione dei ferri chirurgici, all'induzione dell'anestesia, ecc. Dal rapporto degli eventi sentinella pubblicato dall'Agenas, agenzia del Ministero della Salute nel 2019, si dimostra che gli errori che si verificano più frequentemente in sala operatoria riguardano lo strumentario o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico (135 casi), intervento chirurgico in parte del corpo sbagliata (26 casi)¹⁰

Quindi ciò dimostra che l'ambiente chirurgico resta in termini di rischio il più critico ma allo stesso tempo anche l'ambiente in cui sono possibili interventi concreti e duraturi di gestione e controllo del rischio. La raccomandazione maggiore per evitare l'insorgenza di errori è l'applicazione e l'utilizzo della Check List di Sala Operatoria, la quale, prevede una serie di controlli da effettuare dall'ingresso del paziente in sala Operatoria fino alla sua uscita e coinvolge tutto il personale medico ed infermieristico impegnato nell'intervento chirurgico.

Il suo utilizzo deve essere responsabile e concreto, essa può diventare un importante strumento di prevenzione e riduzione degli eventi avversi, come lo dimostrano diversi studi eseguiti presso le aziende ospedaliere, portando a una consistente riduzione di esiti negativi quali infezioni del sito chirurgico, riduzione della mortalità post intervento¹¹. La Check List deve essere intesa come punto di forza per gli operatori

¹⁰Agenas "Indicatori per la sicurezza delle cure – Allegato 1" Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

¹¹Haynes, Weiser, berry et al. "A Surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population". N. Engl J med 2009,360491-9

sanitari, uno strumento per la sicurezza, dove tutti i controlli necessari sono stati eseguiti nei tempi giusti, garantendo dal punto di vista qualitativo un'efficace operato per la sicurezza del paziente. Inoltre ha un grosso vantaggio sullo sviluppo della comunicazione all'interno dell'equipe chirurgica, spesso inesistente all'interno dell'ambiente chirurgico, ma elemento fondamentale perché si coinvolgono i membri dell'equipe prima, durante e dopo l'intervento, promuove la condivisione di informazioni, pareri e, a volte a chiarire dubbi che potrebbero rimanere inespressi e in futuro potrebbero portare a commettere gravi errori.

La legge n. 24/2017 (legge Gelli) sulla responsabilità professionale sanitaria ha rafforzato la necessità di fare riferimento a buone pratiche nello svolgimento di attività sanitarie per la prevenzione degli errori, tra queste si annovera l'utilizzo della Check List finalizzata alla prevenzione degli errori e alla sicurezza sul lavoro.¹²

La documentazione sanitaria, di cui fa parte anche la Check List, può determinare lo strumento che salvaguarda il professionista sanitario o allo stesso tempo può determinare una "presunzione di colpa", quindi concludendo si raccomanda fortemente l'utilizzo di tale strumento da parte di tutti gli operatori coinvolti in un intervento chirurgico.

¹²Legge n. 24/2017. "Disposizioni in materia di sicurezza e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" Art.3, comma 2.

25. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività	Direzione Sanitaria	UOC Professione Sanitarie	UOC Rischio Clinico	Coordinatore Sala Operatoria
Implementazione	I	R	R	C
Verifica presenza In C.C. Check List	I		I	R
Controllo Semestrale	I	C	R	R
Invio Check List S.O. UOC Rischio Clinico	I	C	I	R

Legenda: R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato R: Responsabile

26. BIBLIOGRAFIA

- 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; 1-62
- Circolare n°3 dell'8 maggio 2003 - Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici - Normativa 394/2003 Ministero della Salute.
- Linee Guida tracciabilità, Raccolta, Trasporto, Conservazione e Archiviazione di cellule e tessuti Per indagini diagnostiche di Anatomia Patologica. Ministero della Salute – Consiglio Superiore di Sanità Sezione I, maggio 2015.
- Linee Guida ISPSEL per i Blocchi Operatori.
- Decreto n. 00116 del 18.04.2018 – Regione Lazio
- testo Unico sulla Sicurezza Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008.
- Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici, del Ministero della Salute .
- Legge 08 Marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.
- WHO: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care – Global Patient Safety Challenge 2009.
- OMS - Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. - World Health Organization 2016.
- Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato, Atto n.100/CSR del 09 Luglio 2020.

- Piano di intervento Regione Lazio sull'igiene delle mani: Giuseppe Sabatelli; Filippo Berloco; Angelica Carnevale; Marta Ciofi degli Atti; Lorena Martini; Maurizio Musolino; Vincenzo Puro; Massimiliano Raponi; Enrico Rosati; 19 febbraio 2021.
- Capitolato tecnico gara comunitaria centralizzata a procedura aperta finalizzata all'affidamento del servizio di pulizia e sanificazione occorrente alle aziende sanitarie della regione Lazio.
- The Joint Commission national safety goals effective January 2019.
- Check-List Preoperatoria finalizzata alla sicurezza del paziente nel percorso chirurgico presso ASL latina anno 2020.

27. Riferimenti Normativi

- Ministero della Salute: “Manuale per la sicurezza in sala operatoria: obiettivi e check-list, Ottobre 2009”;
- Standard Joint Commission International Patient Safety 2012-2013;
- Raccomandazione n. 2 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>) Marzo 2008;
- Raccomandazione n. 3 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>);
- Ministero della Salute: Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria Ottobre 2009;

- Legge n.43/2006: Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali;
- Check-List preoperatoria finalizzata alla sicurezza del paziente nel percorso chirurgico ASL
LT 26-03-2020;
- Procedura aziendale “Prevenzione della Tromboembolia venosa Post-Chirurgica”
- Ministero della salute “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”;
- Determina Regione Lazio n.G11271 del 01/10/2020 “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”.

28. Allegato 1 Check List sala operatoria

Checklist per la sicurezza in sala operatoria		
Sign In →	→ Time Out →	→ Sign Out
<i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i>	<i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i>	<i>I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i>
1) Il paziente ha confermato: - identità - sede di intervento - procedura - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)	<input type="checkbox"/> 1) tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?)
2) Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile	<input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento	2) il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto
3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: <input type="checkbox"/> 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?	3) il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)
4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento	<input type="checkbox"/> 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?	4) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
Identificazione dei rischi del paziente: 5) Allergie: no sì	<input type="checkbox"/> 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi o/o altre preoccupazioni?	5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria
6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? no sì, e la strumentazione/assistenza disponibile	6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile	6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio
7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (?ml/kg nei bambini)? no sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili	7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile	Dati del paziente Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/_____ Procedura eseguita _____

29. Allegato 2 Check List pre-operatoria per la sicurezza del paziente nel percorso Chirurgico

DATI PAZIENTE										
NOME			COGNOME				SESSO	M	F	DATA DI NASCITA
_____			_____							__/__/____
N° C. CLINICA	REPARTO		TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO				REGIME INTERVENTO			
_____	_____		_____				ELEZ		APA	
							URG.	W. SURG.		
Richiesta unità di sangue	SI	NO	GRUPPO	RH	n° sacche	CDM	CDM	CDM	CDM	
Riferisce Allergie	SI	NO	Lattice, farmaci, alimenti, altro...							
			Descrizione _____							
Profilassi Antibiotica	SI	NO	Farmaco							

Antiaggreganti	SI	NO	Farmaco							

Rimozione Protesi	SI	NO	Tipo Protesi							

Identificazione sito chirurgico	SI	NO	Accesso Venoso	SI	NO	Mini-Midline	SI	NO		
Consenso Informato chirurgico	SI	NO	Ago Cannula	SI	NO	CVC	SI	NO		
Consenso Informato anestesilogico	SI	NO	Midline	SI	NO	PICC	SI	NO		
PMK o Defibrillatore	SI	NO	Porth-a-Cath	SI	NO	Acc. Arterioso	SI	NO		
ECG	SI	NO	NOTE							
Rx Torace	SI	NO								
Videat Cardiologico	SI	NO								
Esami Ematici	SI	NO								
Prove Funz. Respiratorie	SI	NO								
Catetere Vescicale	SI	NO								
Digiuno	SI	NO								
Tricotomia	SI	NO								
Igiene Intestinale	SI	NO								
Gioielli/Monili	SI	NO								
Pulizia e Igiene personale	SI	NO								
Smalto per unghie	SI	NO								
			INFERMIERE				Data __/__/____			
			Nome _____ Cognome _____							
			Firma _____				N° matr. _____			

30. Allegato 3 Check List del rischio tromboembolismo e monitoraggio

Allegato 4 Check List del rischio tromboembolismo e monitoraggio

N.B. L'uso della scheda non sostituisce la valutazione clinica e la lettura della Linea Guida

UOC _____ N° SDO _____ Data ____/____/____
 Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____

Ricovero per:

• Trauma maggiore (ad es. fratture che causino immobilità)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Chirurgia maggiore (ad es. di durata > 30 min)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Acuzie (probabilità di rimanere immobilizzati a letto per più di 3 giorni)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Fattori di rischio aggiuntivi:

• Obesità grave (BMI > 30) BMI _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Presenza di vene varicose	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Progredita tromboembolia venosa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Trombofilia congenita o acquisita	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non sa <input type="checkbox"/>
• Neoplasia attiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Presenza di infezioni gravi, insufficienza cardiaca, infarto del miocardio recente, ictus recente, mal. infiam. Croniche dell'intestino, s. nefrosica, policitemia, paraproteiniemia, malattia di Bechet, emoglobinuria parossistica notturna, insufficienza respiratoria, abitudine al fumo, altro (specificare _____)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Assunzione di terapia ormonale estroprogestinica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Gravidanza e puerperio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Presenza di cateteri venosi centrali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Necessità di praticare anestesia generale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Paziente a rischio: BASSO MEDIO ALTO

• Terapia antiaggregante/anticoagulante assunta dal paziente prima del ricovero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Farmaci assunti e dosaggio _____

MEDICO	Nome _____	Cognome _____	Firma _____
--------	------------	---------------	-------------

Profilassi:

• Mobilizzazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
.....se si specificare _____			
• Calze elastiche a compressione graduata (CCG)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Compressione pneumatica intermittente (CPI)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Pompa venosa plantare (PVP)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Terapia farmacologica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
.....se si specificare _____			
• Eventuale sospensione della terapia domiciliare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dal ____/____/____
MEDICO	Nome _____	Cognome _____	Firma _____ data _____

Modifiche 1) _____

Data ____/____/____

Firma Medico _____

2) _____

Data ____/____/____

Firma Medico _____

Si sono presentati effetti indesiderati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare _____
--	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------

Terapia alla dimissione _____

Data ____/____/____

Firma _____