

Più sicurezza in Sala Operatoria? Ecco l'esperienza ISMETT

"Safe Surgery Saves Lives? Yes, We Can"

Una Task Force multiprofessionale ha lavorato per implementare il Manuale e la Checklist per la Sicurezza proposta dal Ministero della Salute di G.Cappello, S.Egman, S.Giammona, M. Ziino (Nursing Education Department ISMETT – Palermo)

Non è strano al giorno d'oggi sentir parlare di errori assistenziali in sala operatoria, corpi estranei lasciati accidentalmente all'interno del sito chirurgico, trasfusioni errate, apparecchiature elettromedicali non funzionanti e tanti altri esempi di malasanità che spesso purtroppo evolvono nella morte del paziente. Sembra un paradosso, quell'ambiente che dovrebbe essere simbolo di sicurezza e "salute ritrovata", proprio per la sua componente altamente tecnologica e per la complessità assistenziale che lo contraddistingue, si traduce invece in una fonte di rischio, trappola letale per alcuni pazienti. Seppur a livello nazionale italiano non esistano dati sull'incidenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica, dalle esperienze di altri Paesi è stata riportata un'incidenza compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite con ricovero ordinario, con un tasso di mortalità compreso tra lo 0,4 % e lo 0,8 %, dato ancora più allarmante se si considera che almeno nella metà dei casi si tratta di eventi evitabili.

L'iniziativa Ministeriale

Stando al rapporto "*To err is human*" che l'Institute of Medicine ha pubblicato nel 1999, l'errore è una componente inevitabile della realtà umana. Ma allora, se non è possibile evitarlo, potremmo almeno provare a controllarlo, arginarlo e ridurlo. Su questa base si fonda il principio del moderno risk management che, partendo da un'analisi delle cause (Root Cause Analysis), focalizza l'attenzione sull'evento avverso, "*danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*" (Kohn, IOM 1999), promuovendo delle iniziative da attuare sia a livello aziendale e di singola struttura sanitaria, ma anche e soprattutto a livello regionale e nazionale. E' proprio in questo contesto che si colloca l'iniziativa del Ministero della Salute

di pubblicare nell'Ottobre del 2009 un "Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria" con l'obiettivo di diffondere raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi peri-operatori e l'implementazione di una "Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria" quale strumento di controllo sui processi di sicurezza da applicare a tutte le procedure chirurgiche.

Il progetto "Safe Surgery"

Nel Gennaio 2010, l'ufficio qualità del nostro Istituto in collaborazione con alcuni rappresentanti dell'area chirurgica, ha avviato una verifica per individuare le difformità delle nostre pratiche rispetto alle procedure previste dal manuale per la sicurezza in sala operatoria, procedendo con la redazione di un piano di intervento per l'adeguamento di protocolli e procedure ed identificando dei responsabili di implementazione per ciascun protocollo da aggiornare. Si è così costituita una commissione multidisciplinare e multiprofessionale, composta da chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici, infettivologi, amministrativi e manager che ha articolato la propria attività in quattro incontri di confronto, programmazione, attuazione e revisione delle azioni da intraprendere. L'azione di miglioramento ha portato alla creazione di nuove procedure, alla revisione di quelle già esistenti ed ha inoltre implementato un sistema di monitoraggio elettronico che ci consente di sorvegliare costantemente l'applicazione e l'andamento dei processi di sicurezza, mettendo in luce eventuali discrepanze ed anomalie che fungono da campanello d'allarme per chi è deputato a vigilare sui processi. La checklist per la sicurezza in sala operatoria è stata approvata dal Comitato Politiche Aziendali dell'Istituto e dal mese di Giugno 2010 è già in uso nel nostro complesso operatorio. Nel dettaglio della proposta ministeriale, vengono identificati 16 obiettivi specifici (Tab.1), di cui i primi 10 derivano dal documento OMS "Guidelines for Safe Surgery" mentre i restanti 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con la collaborazione degli esperti del gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti.

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

Obiettivo 8 Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
Obiettivo 9 Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
Obiettivo 10 Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
Obiettivo 11 Prevenire le infezioni del sito chirurgico
Obiettivo 12 Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
Obiettivo 13 Gestire in modo corretto il programma operatorio
Obiettivo 14 Garantire la corretta redazione del registro operatorio
Obiettivo 15 Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
Obiettivo 16 Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

Tab.1 - Obiettivi specifici contenuti nel manuale per la sicurezza in sala operatoria

Restringendo l'analisi del manuale agli obiettivi di maggiore interesse infermieristico, vogliamo in questa prima pubblicazione prendere in esame i primi due, soffermandoci sul ruolo infermieristico e sugli aspetti logistici ed organizzativi che hanno reso possibile, anche senza l'uso di grandi risorse economiche, l'uso del manuale nel nostro complesso operatorio.

La checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria

Già nel Luglio del 2006 il Ministero della Salute con la raccomandazione n. 3 dettava le linee guida da adottare in sala operatoria per la prevenzione degli errori di paziente, procedura, sito chirurgico e lateralità nelle procedure chirurgiche ed invasive. Proprio nell'osservanza di questa raccomandazione la nostra struttura, utilizzando la metodologia del PLAN-DO-CHECK-ACT, ha avviato l'implementazione in sala operatoria della procedura del TIME-OUT, estendendola in un secondo tempo a tutti i servizi di diagnostica invasiva ed interventistica. Nell'Ottobre 2009, dando seguito alle linee guida pubblicate dall'OMS nel 2008 "*Guidelines for Safe Surgery*" il Ministero della Salute ha pubblicato il "*Manuale per la sicurezza in sala operatoria*" modificando sia nei tempi di attuazione che nella procedura stessa il controllo del Time-Out, inteso adesso non come una procedura a se stante, ma come una fase, quella centrale, di un nuovo processo più ampio ed articolato definito dall'applicazione della "Checklist per la sicurezza in sala operatoria" (Fig.1)

ISMETT					CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA				
Data		OR:		Paziente:		Data di nascita:		Attending MD:	
Procedura Programmata:									
SIGN IN			TIME OUT (Time: _____)				SIGN OUT		
Dati del paziente confermati: <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Sede di intervento <input type="checkbox"/> Procedure <input type="checkbox"/> Consensi Dati Confermati da: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiari/Genitori <input type="checkbox"/> Altri _____			<input type="checkbox"/> L'Identità dei componenti dell'equipe è nota a tutti <input type="checkbox"/> Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: - Identità del paziente - Sede di intervento - Procedura - Il corretto posizionamento				Procedure eseguite: <input type="checkbox"/> Confermata <input type="checkbox"/> Modificata Conferma verbale dell'equipe: <input type="checkbox"/> Il congegno finale delle gerce, bisturi, eghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto <input type="checkbox"/> I campioni chirurgici, con relativi contenitori e richieste sono stati correttamente etichettati <input type="checkbox"/> Eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici		
<input type="checkbox"/> Il sito di intervento è stato marcato / non applicabile <input type="checkbox"/> CHECKLIST DI ANESTESIA COMPLETATE			Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: <input type="checkbox"/> CHIRURGO (Durezza intervento, rischio perd. Ematico, etc...) <input type="checkbox"/> ANESTESISTA (ASA, Difficoltà non previste, etc...) <input type="checkbox"/> INFERMIERE CIRCOLANTE <input type="checkbox"/> INFERMIERE DI ANESTESIA <input type="checkbox"/> PERFUSIONISTA				<input type="checkbox"/> Il chirurgo, l'anestesista e gli infermieri revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria. <input type="checkbox"/> Il Fleno per le profilassi del trombo-embolismo post operatorio è presente.		
Dispositivi, attrezzature speciali disponibili: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON richiesti			La profilassi antibiotica è stata eseguita 60 minuti prima dell'incisione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON applicabile				NOTE:		
Identificazione dei rischi del paziente: ALLERGIE: <input type="checkbox"/> NKA <input type="checkbox"/> SI Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (strumentazione (assistenza dispon.)			Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON applic.						
PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE TRAPIANTO D'ORGANO									
Ospedale dove è avvenuta la donazione: _____					Città: _____				
Data di nascita del donatore: _____					Gruppo Sanguigno del donatore: _____				
Nome ricevente: _____					Gruppo Sanguigno del ricevente: _____				
Organo: <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Cuore <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Rene <input type="checkbox"/> Pancreas									
FIRME EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN-IN					FIRME EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN-OUT				
Firma chirurgo: _____ Firma inf. circolante: _____					Firma chirurgo: _____ Firma inf. circolante: _____				
Firma anestesista: _____ Firma inf. anestesia: _____					Firma anestesista: _____ Firma inf. anestesia: _____				

Fig. 1 – Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria
 (Per concessione dell'Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapie ad alta Specializzazione)

Come si evince dalla checklist, il nuovo processo si articola in tre fasi, di cui quella iniziale, denominata "Sign-in", ha luogo prima dell'induzione dell'anestesia, segue la fase centrale, che ha luogo prima dell'incisione della cute, ossia il già menzionato "Time-out" ed una fase finale, denominata "Sign-out", che ha luogo prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria. Nelle tre fasi l'equipe operatoria, guidata da un "coordinatore della checklist", che nel nostro caso è l'infermiere di sala operatoria, effettua una serie di controlli su una molteplicità di fattori con l'obiettivo di rendere note a tutto il team le informazioni direttamente o indirettamente influenti sulla sicurezza del paziente.

L'applicazione della checklist è fortemente supportata dal personale infermieristico di sala operatoria che effettua i controlli preliminari sulle apparecchiature elettromedicali, sul materiale, sullo strumentario e sulla documentazione del paziente, interpellando anestesisti e chirurghi sugli aspetti di loro competenza.

Durante il Sign-in l'infermiere, una volta accertata la presenza di tutta l'equipe coinvolta nell'intervento, verifica con la stessa i dati relativi all'identità del paziente e alla procedura chirurgica, facendo particolare riferimento all'esatta descrizione della procedura ed all'eventuale demarcazione del sito in caso di lateralità. Si prosegue con l'elencazione di tutti i controlli pre-operatori che i membri dell'equipe, a vario titolo ed a vario livello, devono effettuare prima di procedere con l'intervento (documentazione anestesiológica, allergie, dispositivi ed apparecchiature elettromedicali, rischio di perdita ematica e/o difficoltà di gestione delle vie aeree).

Al momento del Time-out l'infermiere, rimarcando i dati riguardanti il paziente e la procedura, invita i membri dell'equipe a condividere le eventuali criticità relative al caso, verificando la somministrazione della terapia antibiotica e la presenza di indagini diagnostiche che contestualizzino la necessità terapeutica chirurgica.

Nell'ultimo stadio, il Sign-out, l'infermiere invita il team ad effettuare un ulteriore controllo sulla procedura chirurgica, confermando quella programmata o modificandola in caso di variazione. Vengono inoltre controllati e confermati l'esattezza del conteggio intraoperatorio e l'invio dei campioni chirurgici prelevati in regime intraoperatorio. Prima di lasciare la sala operatoria l'equipe revisiona gli aspetti importanti dell'assistenza al paziente nel post-operatorio.

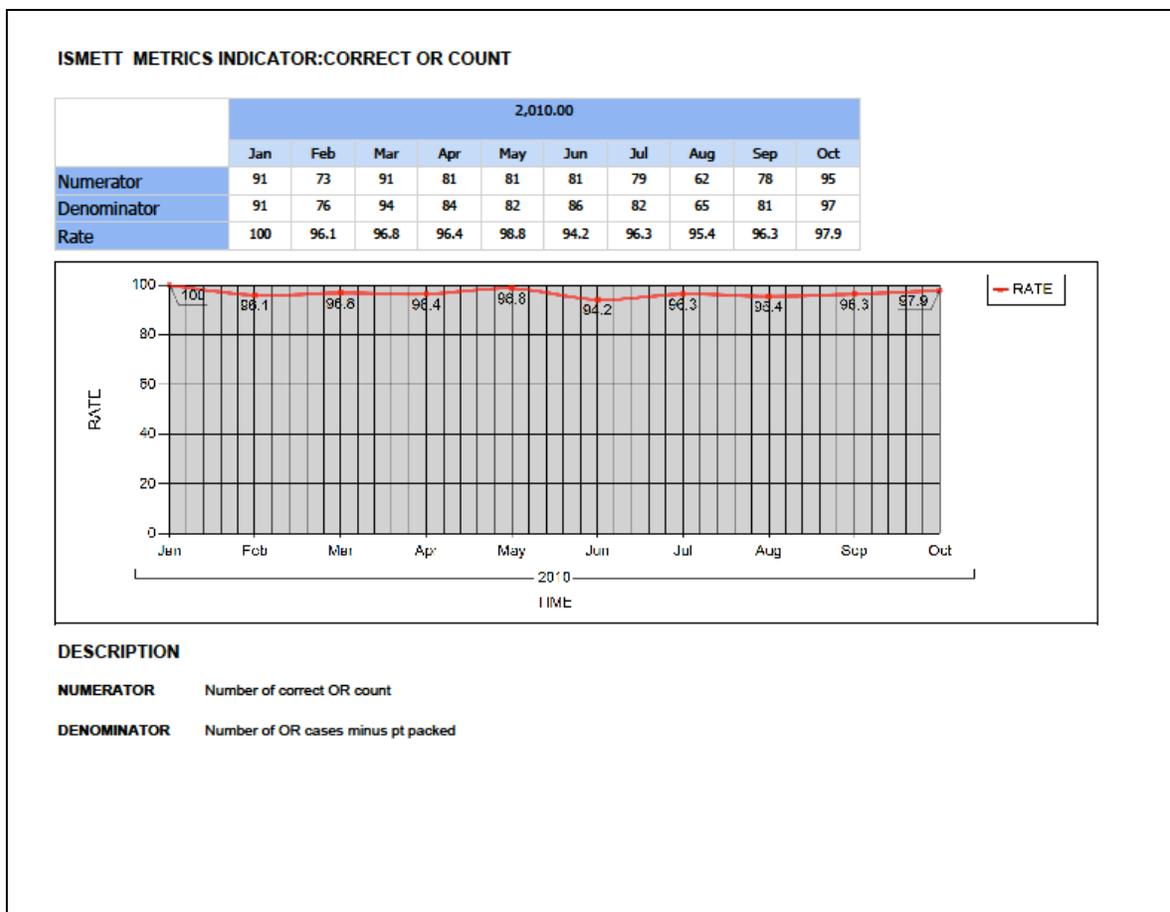
Un'ulteriore sezione dedicata ai trapianti, che tiene in considerazione il controllo incrociato tra i dati trasmessi dal "coordinamento trapianti interno" con quelli provenienti dall'equipe che effettua il prelievo, ha lo scopo di verificare la corrispondenza tra l'organo da trapiantare ed il ricevente designato.

La checklist deve essere firmata dai componenti dell'equipe, sia al momento del sign-in che al momento del sign-out, e proprio per questo motivo è volutamente mantenuta in formato cartaceo ed annessa alla documentazione che accompagna il paziente in sala operatoria. Ciò ha anche agevolato il processo di implementazione richiedendo un ridotto impiego di risorse umane e materiali ed interessando maggiormente l'aspetto organizzativo e decisionale. Per ulteriori approfondimenti è possibile fare riferimento al protocollo integrale con relativi allegati disponibile al link sottostante: *"Applicazione della Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria"*.

Il protocollo per la prevenzione della ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico

La prevenzione della ritenzione accidentale di corpi estranei all'interno del sito chirurgico riveste un ruolo fondamentale per la riduzione del rischio di

errore in sala operatoria. Alla luce della raccomandazione ministeriale n. 2 del Luglio 2006, rivista nel Marzo 2008, il gruppo infermieristico di sala operatoria si è cimentato in un lavoro di gruppo, effettuando un'analisi accurata del protocollo in uso, producendo il miglioramento e perfezionamento degli aspetti maggiormente rilevanti. Nel protocollo viene rimarcata la necessità di eseguire il conteggio di tutto il materiale che potenzialmente può essere perso all'interno del sito chirurgico, identificando un conteggio iniziale, un conteggio di aggiunta, un conteggio di cambio turno, uno di chiusura ed uno finale. Il protocollo dà informazioni sulla modalità in cui il conteggio deve essere effettuato e sul comportamento che i vari membri dell'equipe devono adottare durante le operazioni di conteggio. L'azione di miglioramento ha portato inoltre a sviluppare di un sistema di monitoraggio elettronico, che consente di sorvegliare e monitorare l'applicazione e l'andamento dei processi di conteggio, mettendo in luce eventuali errori e discrepanze (Graf.1). I casi di "conteggio non corretto" che è possibile identificare nel grafico 1, si riferiscono alla perdita accidentale di materiali all'esterno del sito chirurgico, contribuendo allo scostamento dell'indicatore di qualità dal valore auspicato (100% dei conteggi esatti) a valori inferiori, motivo sufficiente per discutere e proporre le soluzioni più adatte al miglioramento della performance assistenziale. Il nuovo protocollo, dopo essere stato testato, è ora applicato rigidamente a tutti gli interventi che prevedono l'apertura di una cavità chirurgica e riteniamo che ciò contribuisca notevolmente alla riduzione del rischio ed alla sicurezza del paziente in sala operatoria.



Graf. 1 – Andamento dei conteggi intraoperatori anno 2009 e Gen-Ott 2010

(Per concessione dell'Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapie ad alta Specializzazione)

Sin dal Luglio 1999, data in cui Ismett ha iniziato la sua attività clinica, grazie anche alla collaborazione con l'Università di Pittsburgh, abbiamo adottato modalità organizzative ed operative basate su protocolli e procedure scritte per le principali attività assistenziali infermieristiche. Il protocollo per il conteggio intraoperatorio, molto dettagliato e rigidamente applicato, prevedeva una serie di conteggi rigorosamente documentati sulla cartella clinica informatizzata. Negli anni ci siamo periodicamente interrogati sulla effettiva necessità di effettuare tutti quei conteggi, soprattutto quelli effettuati durante il cambio turno. Nel 2006, la raccomandazione ministeriale sopracitata è intervenuta confermando e rafforzando una modalità operativa applicata in Ismett da ben sette anni. I lavori di gruppo sono tuttavia stati un momento molto importante, nel quale abbiamo individuato otto punti di miglioramento da apportare al protocollo per giungere così al documento attuale disponibile per la consultazione al seguente link: *"Prevenzione della*

ritenzione accidentale di garze, strumenti ed altro materiale all'interno del sito chirurgico".

Concludiamo ribadendo il concetto fondamentale che la gestione di una problematica così complessa deve essere inserita all'interno di un processo articolato, infatti non è possibile fronteggiarla con interventi singoli ed isolati, bensì rientranti all'interno di una progettualità concordata e condivisa da un gruppo di lavoro, quello che in ISMETT è stato definito come "task force per la sicurezza in sala operatoria".

Allegati

1. *Ismett, Policy & Procedure, Applicazione della Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria – (Allegati A-B-C)*
2. *All. A Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria*
3. *All.B Modulo/Fax Coordinatore Trapianti*
4. *All.C Scheda Prelievo Organi*
5. *Ismett, Policy & Procedure, Protocollo per la prevenzione della ritenzione accidentale di garze, strumenti ed altro materiale all'interno del sito chirurgico – (Allegati A-B)*
6. *All.A Modulo Conteggio Intraoperatorio per Chirurgia Addominale/Generale*
7. *All.B Modulo Conteggio Intraoperatorio per Chirurgia Cardiotoracica*

Bibliografia

1. *Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist – Ottobre 2009*
http://www.salute.gov.it/resources/usabile/documenti_nuovo_portale/focus/manuale.pdf

2. *Ministero della Salute, Risk Management in Sanità: il problema degli errori – Marzo 2004 -*
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf
3. *Ministero della Salute, Raccomandazione Ministeriale n.3 – Marzo 2008 – Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura*
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf
4. *Ministero della Salute, Raccomandazione Ministeriale n.2 – Marzo 2008 – Racc. per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf
5. *Lucian L. Leape, MD, receives Doctor's Company award for advancement of patient safety Published in State and Local Health Law Weekly, 2006*
6. *Medicina Legale per infermieri di Daniele Rodriguez e Aprile Anna Ed Carocci 2008.*
7. *Mantovani G. Ergonomia, Bologna, Il Mulino, 2000.*
8. *Reason, J. (1990), Human Error, Cambridge, Cambridge University Press (trad. It. 1991, L'errore umano, Bologna, Il Mulino).*
9. *Feldman SE. Medical accidents in hospital care: application of failure analysis to hospital quality appraisal. Jt Comm J Quality Improve, 1997; 23: 567-80.*
10. *Institute of Medicine To Err is Human. National Academy Press, 2000.*
11. *Kirwan B, Ainsworth LK. A guide to task analysis. London: Taylor&Francis, 1993.*
12. *Perrow C. Normal Accidents: Living with High-Risk Technology. New York: Basic Book, 1984.*
13. *Reason J. Managing the risks of organizational accidents, 1997.*

14. Reason J. *The VSS - Vulnerable system syndrome*, 2001.

Sitografia

1. <http://www.jointcommission.org/index.html>
2. <http://www.salute.gov.it/>
3. <http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischio-clinico.shtml>
4. http://managementhelp.org/risk_mng/risk_mng.htm
5. <http://www.ismet.edu>

ISMETT UPMC U.O. Qualità	Applicazione Check-List per la Sicurezza in Sala Operatoria	PR.DI.ASC-01
	PROCEDURA	Pagina 1 di 8

INDICE

I. POLITICA	2
II. SCOPO	2
III. AMBITO DI APPLICAZIONE	2
IV. DEFINIZIONI	2
V. PROCEDURA	2

REV.	PROPOSTA	VERIFICA	APPROVAZIONE	RATIFICA	DATA DI EMISSIONE
A	Direzione d'Istituto	U.O. Qualità	Comitato Politiche Aziendali	Direzione d'Istituto	

I. POLITICA

È politica aziendale dell'*Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione* (ISMETT) stabilire procedure che regolano e garantiscono la sicurezza dei pazienti in sala operatoria.

II. SCOPO

Definire il processo per prevenire errori di sito, di procedura o di paziente negli interventi chirurgici o nelle procedure invasive. Ed inoltre, individuare i rischi reali o potenziali a cui il paziente potrebbe essere sottoposto ed agire nella massima osservanza dei criteri di sicurezza, all'interno di una procedura prestabilita le cui fasi principali sono:

- Colloquio medico-paziente e firma del consenso informato
- Eventuale demarcazione del sito chirurgico/procedurale
- Compilazione e stampa di una pre-op checklist di reparto
- Sign-In (verifica pre-intervento, immediatamente prima dell'induzione)
- Time Out (ulteriore verifica da effettuare immediatamente prima dell'incisione)
- Sign-Out (verifica post-intervento prima del trasferimento del paziente)
- Eventuale processo di identificazione per trapianto d'organo

Le tre verifiche (Sign In, Time Out e Sign Out) vanno tutte documentate sulla **“Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria” (All.1)** che sarà compilata all'infermiere circolante e firmata dai componenti dell'equipe che partecipano alla verifica.

Come sempre il fine ultimo è la sicurezza del paziente. Per tale motivo, nessuna di queste precauzioni deve interferire con la tempestiva assistenza in una situazione di emergenza.

III. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai pazienti che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche in sala operatoria.

IV. DEFINIZIONI

Nessuna.

V. PROCEDURA

A. Pianificazione dell'intervento e firma del consenso informato

1. Al momento di pianificare la procedura o l'intervento chirurgico (“Scheduling Meeting” ogni mercoledì), il **Coordinatore dei Servizi al Paziente (CSP)** verifica con il **richiedente** il nome del paziente, la procedura, il sito (se del caso) e l'impianto richiesto (se del caso). Queste informazioni vengono poi inserite in Coolendar. Eventuali modifiche

effettuate in occasione degli Scheduling Meeting vengono comunicati al CSP che le inserisce in Coolendar.

2. Come da relativo protocollo ISMETT PFR-02 disponibile sul sito intranet aziendale <http://doit/>, il consenso viene acquisito possibilmente dal sanitario che effettua la prestazione, oppure da un altro membro dello staff medico, al più tardi, la sera prima dell'intervento per gli interventi programmati, e comunque non oltre due ore prima che venga somministrata la pre-anestesia.
3. I consensi informati all'intervento chirurgico, all'anestesia ed all'uso di sangue devono essere compilati in ogni loro parte: devono essere presenti il nome dell'operatore e del paziente, la data e le firme del paziente e del medico che ha informato il paziente, la procedura chirurgica e/o anestesiologicala deve essere indicata per esteso senza abbreviazioni.

B. Demarcazione del sito per intervento chirurgico/procedura

1. Per gli interventi che implicano una distinzione destro/sinistro, come nel caso di reni o polmoni, il sito prescelto va demarcato in maniera visibile anche dopo che il paziente è stato preparato e coperto per l'intervento.
2. La demarcazione deve avvenire con l'attiva partecipazione del paziente, se possibile sveglio e cosciente, e preferibilmente la sera prima che abbia luogo l'intervento o la procedura. Il paziente che arriva direttamente in PACU o nell'area pre-intervento chirurgico/procedura viene demarcato direttamente in quell'area. **La demarcazione del sito chirurgico va effettuata solo dopo aver informato il paziente ed aver firmato il consenso informato.**
3. Il chirurgo responsabile [*Attending*] o suo incaricato deve demarcare il sito chirurgico indicando la parola “**YES**”/“**SI**” e le proprie iniziali con inchiostro indelebile. La demarcazione va fatta utilizzando un pennarello sufficientemente permanente da rimanere visibile anche dopo avere effettuato la preparazione della cute.
4. La demarcazione va effettuata in corrispondenza, o nelle vicinanze, del sito di incisione (non sul sito stesso). **Ogni altro sito non operatorio non deve essere demarcato** a meno che ciò non si renda necessario per altri motivi legati alla procedura.
5. La verifica finale della demarcazione del sito ha luogo durante il “Time Out”.
6. Se un paziente rifiuta la demarcazione del sito della procedura, la decisione di proseguire viene presa dal medico incaricato di effettuare la procedura dopo avere discusso col paziente i rischi legati alla mancata demarcazione del sito. Il rifiuto del paziente va documentato in cartella clinica, così come la discussione dei potenziali rischi.
7. Eccezioni alla necessità di demarcare il sito:
 - interventi di organi singoli (chirurgia epatica o cardiaca)
 - interventi in cui il sito di inserzione del catetere/strumento non sia predeterminato (cateterismo cardiaco, posizionamento di Groshong, ecc.)

- il medico che effettua la procedura rimane costantemente con il paziente dal momento in cui si decide di effettuare la procedura e si ottiene il consenso, fino al momento dell'intervento (valido per procedure a bordo letto).

C. Compilazione della Pre-op Checklist di reparto

1. Prima dell'intervento chirurgico o della procedura invasiva, la **checklist pre-intervento** presente sulla cartella clinica informatizzata SUNRISE va completata a cura del personale dell'unità incaricata di preparare il paziente per la procedura. Nel verificare la checklist, il personale clinico controlla la presenza nella cartella del paziente di tutti i documenti necessari. La Checklist preintervento, una volta compilata, viene stampata affinché accompagni il paziente in sala operatoria.
2. Tutti i documenti e gli esami pertinenti (esami di laboratorio, radiografie, ecc.) devono essere disponibili **prima di iniziare la procedura e vanno controllati** per garantire il soddisfacimento delle aspettative del paziente e affinché il team impegnato nella procedura concordi su:
 - paziente da sottoporre alla procedura
 - procedura da effettuare
 - sito (se del caso)
 - impianti da utilizzare (se del caso).
3. Il personale clinico dell'unità che prepara il paziente deve reperire tutte le informazioni mancanti e verificare qualsiasi discrepanza. Se il personale non è in grado di verificare tali discrepanze, il chirurgo e l'anestesista responsabili della procedura devono esserne immediatamente informati.
4. La checklist pre-operatoria deve accompagnare il paziente nell'area di attesa pre-operatoria (holding area). Il personale di holding area (anestesista ed infermiere di anestesia) deve verificare la presenza nella checklist delle informazioni necessarie e verificare la presenza di tutta la documentazione richiesta.

Tranne per i casi di emergenza che richiedono un'assistenza tempestiva, il paziente la cui checklist pre-intervento risultasse incompleta, non deve essere accompagnato in sala operatoria.

5. Al momento dell'arrivo in holding area il personale addetto al paziente deve verificare la presenza del braccialetto identificativo, del consenso informato, dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, eventuali allergie ed esami diagnostici richiesti.

D. "Sign-in" immediatamente precedente l'inizio della procedura

Il Sign In si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti controlli che devono essere tutti documentati sulla "Check-list per la Sicurezza in Sala Operatoria" nell'apposito riquadro previsto per il Sign-In:

1. **Conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso:** l'infermiere circolante 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 (es. identificazione dei pazienti pediatrici in holding area in presenza dei genitori).
2. **Demarcazione del sito:** l'infermiere circolante dovrà contrassegnare la corrispettiva casella soltanto dopo aver verificato, guardando, che il sito chirurgico sia stato demarcato, ovvero che tale controllo non sia applicabile al tipo di intervento chirurgico (ad esempio interventi su organi singoli).
3. **Controlli per la sicurezza dell'anestesia:** l'infermiere circolante dovrà verificare verbalmente con l'anestesista che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature).
4. **Identificazione dei rischi del paziente:** l'infermiere circolante dovrà verificare verbalmente con l'anestesista che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, di difficoltà di gestione delle vie aeree, di perdita ematica.
5. **Disponibilità dispositivi, attrezzature e materiali eventualmente richiesti:** l'infermiere circolante verifica la disponibilità dell'impianto corretto, delle attrezzature speciali e/o dei presidi particolari eventualmente richiesti dal chirurgo la sera prima dell'intervento in ottemperanza alla già esistente policy **“Norme e regolamenti di Sala Operatoria” (ASC-02)** disponibile sul sito intranet aziendale <http://doit/>.

Se l'équipe concorda con quanto enunciato dall'infermiere circolante, lo stesso apporrà la propria firma sulla checklist invitando il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere di anestesia a fare lo stesso, prima di procedere con qualsiasi tipo di procedura invasiva anestesiológica o chirurgica. Se nel corso del “Sign In” emergono discrepanze, la procedura non prosegue fino alla completa risoluzione delle discrepanze.

E. “Time Out” immediatamente precedente l'incisione chirurgica

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

1. **Presentazione dell'équipe:** l'infermiere circolante chiede ad ogni componente dell'équipe operatoria di presentarsi, enunciando il proprio nome e il proprio ruolo. Se tale presentazione è già avvenuta nel corso della giornata operatoria, può essere sufficiente che ognuno confermi di conoscere tutti gli altri componenti dell'équipe.

2. **Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento:** l'infermiere circolante chiede all'équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica, il sito chirurgico e il corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato. La casella deve essere riempita soltanto dopo che il chirurgo, l'anestesista e tutto il personale presente abbiano dato conferma.
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.
4. **Profilassi antibiotica:** l'infermiere circolante 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. Fino a quando la dose aggiuntiva non sia stata somministrata, l'infermiere circolante deve lasciare la relativa casella in bianco.
5. **Visualizzazione immagini:** la visualizzazione delle immagini è importante per garantire l'adeguata pianificazione ed esecuzione degli interventi chirurgici. L'infermiere circolante deve chiedere al chirurgo se la visualizzazione delle immagini è necessaria per l'intervento. In caso affermativo sarà lo stesso anestesista a provvedere il collegamento al sistema informatizzato per la visualizzazione delle immagini, dando conferma a tutto il team che le immagini essenziali sono disponibili in sala e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

F. "Sign Out" post-intervento prima del trasferimento del paziente

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

1. **L'infermiere di sala conferma verbalmente insieme all'équipe operatoria il nome della procedura chirurgica registrata:** dal momento che la procedura potrebbe essere modificata nel corso dell'intervento, l'infermiere circolante deve confermare con il chirurgo e con il resto dell'équipe la procedura che è stata effettuata
2. **Conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico:** l'infermiere strumentista o l'infermiere circolante deve confermare ad alta voce l'effettuato conteggio finale 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'équipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente, in modo da poter adottare gli opportuni provvedimenti.

3. **Etichettatura dei campioni chirurgici:** l'infermiere circolante conferma la corretta etichettatura dei campioni chirurgici leggendo ad alta voce i dati anagrafici del paziente, e per ogni campione, la descrizione e la tipologia dell'esame richiesto.
4. **Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi:** l'infermiere circolante 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.
5. **Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria:** l'infermiere circolante si accerta che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere di anestesia 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.
6. **Profilassi del tromboembolismo post-operatorio:** l'infermiere circolante 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).

F. Processo di identificazione per Trapianto d'Organo

Nel caso di pazienti sottoposti a trapianto, la verifica di corretto donatore, corretto ricevente, corretto organo e gruppo sanguigno viene documentata nella sezione "Processo di identificazione Trapianto d'Organo" della "Check.List per la Sicurezza in Sala Operatoria" (vedi All.1) ed ha luogo in due diversi momenti:

- a) all'arrivo del paziente in sala, durante il Sign-in;
- b) all'arrivo dell'organo in struttura.

e si compone delle seguenti fasi:

1. L'infermiere circolante, sulla base di un modulo compilato dal coordinatore trapianti ed inviato via fax in sala operatoria (All. 2), compilerà la sezione "Processo di identificazione trapianto d'organo", indicando l'organo da trapiantare, nome, cognome e gruppo sanguigno del ricevente ed una serie di dati riguardanti il donatore (città, ospedale della donazione, data di nascita e gruppo sanguigno del donatore).
2. All'arrivo del paziente in sala, durante il Sign In, il team operatorio controllerà che l'identità del paziente corrisponda a quella comunicata dal coordinatore trapianti attraverso il fax, e l'infermiere circolante apporrà un check di avvenuto controllo sull'apposita casella della checklist.
3. All'arrivo dell'organo, il circolante ed il chirurgo del donor team, controlleranno che le informazioni sul donatore e sull'organo contenute sulla "Scheda Donatore"(All. 3), corrispondano a quelle

comunicate dal coordinatore trapianti attraverso il fax, apponendo un check di avvenuto controllo in corrispondenza della stessa sezione della checklist.

La checklist compilata e firmata da tutti i partecipanti al Sign Out deve essere collocata all'interno della cartella cartacea del paziente insieme ai consensi informati.

Allegati:

All. 1: Check-List per la Sicurezza in Sala Operatoria

All. 2: Modulo fax coordinatore trapianti

All. 3: Scheda Donatore

Data	OR:	Paziente:	Data di nascita:	Attending MD:
------	-----	-----------	------------------	---------------

Procedura Programmata:

SIGN IN	TIME OUT (Time: _____)	SIGN OUT
<p>Dati del paziente confermati:</p> <input type="checkbox"/> Identita` <input type="checkbox"/> Sede di intervento <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consensi <p>Dati Confermati da:</p> <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiari/Genitori <input type="checkbox"/> Altri _____	<input type="checkbox"/> L'identita` dei componenti dell'equipe è nota a tutti	<p>Procedura eseguita: <input type="checkbox"/> Confermata <input type="checkbox"/> Modificata</p> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Il sito di intervento e` stato marcato / non applicabile	<input type="checkbox"/> Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: - Identita` del paziente - Sede di intervento - Procedura - Il corretto posizionamento	<p><u>Conferma verbale dell'equipe:</u></p> <input type="checkbox"/> Il conteggio finale delle garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto <input type="checkbox"/> I campioni chirurgici, con relativi contenitori e richieste sono stati correttamente etichettati <input type="checkbox"/> Eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici
<input type="checkbox"/> CHECKLIST DI ANESTESIA COMPLETATE	<p>Anticipazione di eventuali criticita` o preoccupazioni:</p> <input type="checkbox"/> CHIRURGO (Durata intervento, rischio perd. Ematica. etc...) <input type="checkbox"/> ANESTESISTA (ASA, Difficoltà non previste, etc...) <input type="checkbox"/> INFERMIERE CIRCOLANTE <input type="checkbox"/> INFERMIERE DI ANESTESIA <input type="checkbox"/> PERFUSIONISTA	<input type="checkbox"/> Il chirurgo, l'anestesista e gli infermieri revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria. <input type="checkbox"/> Il Piano per la profilassi del trombo-embolismo post operatorio e` presente.
<p>Dispositivi, attrezzature speciali disponibili:</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON richiesti	<p>La profilassi antibiotica e` stata eseguita 60 minuti prima dell'incisione?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON applicabile	<p>NOTE:</p>
<p>Identificazione dei rischi del paziente:</p> <p>ALLERGIE: <input type="checkbox"/> NKA <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Difficolta` di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (strumentazione /assistenza dispon.) <p>Rischio di perdita ematica >500ml (7ml/kg nei bambini)</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (accesso endovenoso adeguato)	<p>Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON applic.	

PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE TRAPIANTO D'ORGANO

Ospedale dove e` avvenuta la donazione:	Citta:
Data di nascita del donatore:	Gruppo Sanguigno del donatore:
Nome ricevente:	Gruppo Sanguigno del ricevente:

Organo: Fegato Cuore Polmone Rene Pancreas

FIRME EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN-IN

Firma chirurgo..... Firma inf. circolante.....

Firma anestesista..... Firma inf. anestesia.....

FIRME EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN-OUT

Firma chirurgo..... Firma inf. circolante.....

Firma anestesista..... Firma inf. anestesia.....

DONOR-RECIPIENT DATA

DONOR HOSPITAL _____ CITY _____

DONOR BIRTHDATE _____ DONOR BLOOD TYPE _____

RECIPIENT NAME _____ RECIPIENT BLOOD TYPE _____

ORGAN: LIVER HEART RT LUNG LT LUNG RT KIDNEY
 LT KIDNEY PANCREAS

Coordinator on-call _____ Signature _____

***Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta
Specializzazione***

Organ Donor Form/Scheda donatore di Organi

ORGAN: _____

DONOR INFORMATION

Donor Name: _____

Nome donatore

Date of Birth: _____

Data di nascita

Cause of Death: _____

Causa della morte

Blood Type: _____

Gruppo sanguigno

Hospital: _____

Ospedale

City: _____

Città

DONOR TEAM

Nurse: _____

Infermiere

Physician: First Surgeon _____

Medici Primo Operatore

Assistant Surgeon _____

Aiuto

HARVESTING INFORMATION

Date of Recovery: _____

Data del prelievo

Time Donor Team Left _____

Ora Partenza Ismett

Arrived Donor Hospital _____

Arrivo Ospedale Donatore

Cut Skin _____

Incisione

Cross Clamp Time: _____ AM/PM

Ora del clampaggio

Organ Out Time _____

Organo fuori

End Of Operation _____

Fine Intervento

Left Donor Hospital _____

Partenza Ospedale Donatore

Team Arrived at Ismett _____

Ora arrivo Ismett

Signature _____ **Date** _____

Firma

Data

Policy and Procedure Manual

For the

Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione

DOCUMENTO: ISMETT-HPI

TITOLO INDICE: Miglioramento Prestazioni Ospedaliere e Sicurezza del Paziente

OGGETTO: Prevenzione della ritenzione accidentale di garze, strumenti ed altro materiale all'interno del sito chirurgico.

DATA:

I. POLITICA

È politica aziendale dell'*Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione* (ISMETT) stabilire procedure per il conteggio intraoperatorio al fine di ridurre al minimo il rischio che materiale monouso o strumentario chirurgico possa essere perso all'interno delle cavità chirurgiche durante la fase intraoperatoria dell'intervento.

II. PROCEDURA

Gli infermieri di sala (strumentista e circolante) hanno il compito del rilevamento della conta nei diversi momenti dell'intervento. Il chirurgo ha la responsabilità di verificare che la conta sia stata eseguita e che il totale di garze, strumenti e materiali utilizzati e rimanenti corrisponda a quello aperto prima e durante l'intervento.

La conta deve essere fatta utilizzando una modalità ed un tono di voce tale da permettere al circolante di vedere, sentire e scrivere senza però disturbare gli altri operatori all'interno della sala. La conta deve seguire una numerazione progressiva. L'infermiere circolante ha il compito di annotare sul modulo "Abdominal Intraoperative Count Sheet" (All.A) o "Cardiothoracic Intraoperative Count Sheet" (All.B) i totali delle tipologie di materiale o strumentario contato e di documentare successivamente la conta intraoperatoria sulla cartella clinica elettronica SUNRISE nella sezione "Special Form OR Count".

Sono obbligatorie le seguenti conte:

- **Conta iniziale:** ad inizio intervento prima che venga praticata l'incisione al paziente;
- **Conta di aggiunta:** per materiale o strumenti introdotti in campo dopo la conta iniziale;
- **Conta di cambio turno:** durante in cambio turno del personale infermieristico di sala;
- **Conta di chiusura:** prima che abbia inizio la chiusura della ferita chirurgica;
- **Conta finale:** dopo che la ferita chirurgica è completamente chiusa;
- **Conta strumenti del drape:** dopo che il drape sul paziente viene completamente rimosso.

La sequenza della conta deve essere:

1. **Conta delle garze radiopache 4 X 4;**
2. **Conta garze laparatomiche radioopache;**
3. **Conta suture, aghi ed eventuale altro materiale monouso aperto sul campo;**
4. **Conta strumenti.**

CONTA INIZIALE

Garze 4x4

Lo strumentista conterà le garze 4x4 separandole l'una dall'altra e poggiandole sul prep-table. Ogni gruppo di dieci 4x4 contate deve essere riposto sul tavolo madre nell'apposito spazio. Lo strumentista lascerà le prime quattro o sei garze 4x4 dell'ultimo gruppo sul prep-table per la disinfezione del paziente, riponendo le restanti garze sul tavolo madre.

Il circolante seguirà il collega nella conta ed annoterà sull'apposito modulo "abdominal/cardiothoracic intaoperative count" il totale delle 4x4 contate.

N.B. Lo strumentista comunicherà al circolante in numero delle 4x4 riposte sul prep-table ed il circolante ne darà riscontro al momento del loro rientro.

Laparatomiche

Lo strumentista conterà le garze laparatomiche separandole l'una dall'altra e poggiandole sul prep-table. Ogni gruppo di cinque laparatomiche contate deve essere riposto sul tavolo madre nell'apposito spazio. La conta delle laparatomiche deve essere presa come da esempio riportato di seguito:

- Primo gruppo di cinque laparatomiche 1, 2, 3, 4, 5, riporle sul tavolo madre;
- Secondo gruppo di cinque laparatomiche 1, 2, 3, 4, **10**, riporle sul tavolo madre;
- Terzo gruppo di cinque laparatomiche 1, 2, 3, 4, **15**, etc.).

Il circolante seguirà il collega nella conta ed annoterà sull'apposito modulo "Abdominal/Cardiothoracic Intaoperative Count" il totale delle laparatomiche contate.

Conta suture, aghi ed eventuale altro materiale monouso presente sul campo

Lo strumentista conterà suture, aghi ed altro materiale monouso cominciando da tutto ciò che è presente sul tavolo madre e finendo col materiale presente sul mayo-table, ad eccezione di tutti gli strumenti e i dispositivi ancorati all'esterno del campo sterile (es. manipolo elettrobisturi, tubo di aspirazione, etc...). Il circolante seguirà il collega nella conta ed annoterà sull'apposito modulo "Abdominal/Cardiothoracic Intaoperative Count" i totali secondo la tipologia del materiale contato. Gli strumenti verranno contati tenendo conto di tutte le parti smontabili che li compongono per le quali è prevista una possibile rimozione durante l'intervento (es. oliva dell'aspiratore, viti di bloccaggio del balfort, etc...). Per materiali complessi di immediato uso ed eliminazione va effettuato un controllo di integrità al momento dell'apertura, al momento dell'uso da parte del chirurgo ed al momento della loro eliminazione (es. colle chirurgiche).

N.B. Ad eccezione dei casi d'emergenza, nella fase centrale dell'intervento, il chirurgo restituirà allo strumentista gli aghi utilizzati, opportunamente reperati con un piccolo strumento, in modo da ridurne al minimo il rischio di smarrimento.

Conta strumenti

Lo strumentista conterà gli strumenti cominciando da quelli posti sul rotolo vicino alle suture con andamento da destra verso sinistra continuando con quelli posti sul rotolo vicino alle garze con andamento da sinistra verso destra. Egli proseguirà con la conta degli strumenti posti all'interno del cestello e concluderà con la conta degli eventuali divaricatori. La conta di qualsiasi strumento o altro materiale smontabile deve essere presa riportando tutti i pezzi smontabili. Il circolante seguirà il collega nella conta ed annoterà sull'apposito modulo "Abdominal/Cardiothoracic Intraoperative Count" i totali secondo la tipologia degli strumenti contati.

N.B. All'inizio dell'intervento lo strumentista comunicherà al circolante, che ne prenderà nota, quali e quanti strumenti sono stati utilizzati per il drape e che probabilmente resteranno celati sotto i teli. Tale operazione ha lo scopo di agevolare la conta di chiusura, in cui necessita la certezza che tutti gli strumenti siano presenti ma al contempo non è possibile disfare il drape per contare gli strumenti che vi stanno sotto.

CONTA DI AGGIUNTA

Durante l'intervento il circolante caricherà nell'apposito modulo "Abdominal/Cardiothoracic Intraoperative Count" tutto il materiale e/o lo strumentario che sarà aperto all'interno del campo sterile dopo la fase di avvio dell'intervento. Egli seguirà costantemente l'intervento rifornendo opportunamente lo strumentista del materiale che man mano gli necessiterà. Le garze che saranno aperte in questa fase dovranno essere immediatamente contate dallo strumentista sul mayo o sul tavolo madre secondo la modalità riportata sopra. Nel caso in cui lo strumentista non sia disponibile a contarle immediatamente, le stesse dovranno essere aperte nel cestello degli strumenti in modo da evitare che si confondano con quelle già presenti sul tavolo sterile. Inoltre il circolante recupererà le garze eliminate dallo strumentista e le riporrà, facendo bene attenzione a che siano ben aperte e visibili, all'interno delle tasche dei sacchetti conta garze presenti all'interno di ogni sala operatoria.

Ogni qualvolta i sacchetti conta garze sono pieni (10 per le 4x4 e cinque per le lalaratomiche), il circolante, valutando l'opportunità del momento, richiamerà l'attenzione dello strumentista e conterà le garze all'interno del sacchetto conta garze; solo in seguito questo verrà arrotolato, etichettato e messo da parte per la conta di chiusura e quella finale. Questo double check ha lo scopo di ridurre ulteriormente la possibilità di errore.

CONTA DI CAMBIO TURNO

La conta di cambio turno deve essere presa degli infermieri del turno montante. Per quanto riguarda gli infermieri del turno smontante, lo strumentista continua a strumentare fino a conta presa ed il circolante segue la conta con il turno montante rispondendo alle eventuali esigenze del chirurgo e dello strumentista. Sarà utilizzata la stessa modalità della conta iniziale. Per quanto concerne le 4x4 e le lalaratomiche verranno contate solo quelle che materialmente sono visibili cominciando da quelle esterne presenti negli appositi sacchetti contagarze e continuando sul campo operatorio con quelle presenti sul mayo-table, sul tavolo madre ed infine sul paziente. Per quanto riguarda gli aghi devono essere contati prima quelli utilizzati

riposti nell'apposito needle counter, poi quelli sul mayo-table e per concludere quelli sul tavolo madre. Per quanto riguarda gli strumenti si fa riferimento alla modalità utilizzata nella conta iniziale, ad eccezione di quelli in uso in larga quantità e difficilmente rintracciabili al momento del cambio turno, il controllo dei quali verrà effettuato al momento della conta di chiusura.

CONTA DI CHIUSURA

La conta di chiusura deve essere rilevata prima dell'inizio della chiusura del sito chirurgico. Sarà utilizzata la stessa modalità della conta iniziale, per quanto concerne le 4x4 e le laparatomiche verranno contate prima quelle utilizzate riposte nei sacchetti conta garze, poi quelle presenti sul tavolo madre, ancora quelle sul mayo-table ed infine quelle in uso. Per quanto riguarda gli aghi devono essere contati prima quelli utilizzati presenti nel needle counter, poi quelli sul mayo ed infine quelli presenti sul tavolo madre. Tutto il materiale monouso non necessario alla chiusura deve essere eliminato contestualmente al rilevamento della conta finale.

Le garze 4x4, ad eccezione dei soli casi di chirurgia pediatrica, una volta contate devono uscire dal campo sterile: il ferrista comunicherà al chirurgo l'eliminazione dal campo delle 4x4 (non uscirle prima che siano state contate). Le 4x4 uscite dal campo devono comunque essere riposte nell'apposito conta garze secondo protocollo. Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati per il drape si farà riferimento alle quantità annotate dal circolante sul modulo di conta al momento di avvio dell'intervento.

Il totale della conta di chiusura deve essere uguale alla conta iniziale più la conta di aggiunta. Al fine di poter eseguire la conta di chiusura con la dovuta attenzione da parte di entrambi gli infermieri (double check tra circolante e strumentista), è opportuno che il chirurgo, prima di procedere alla chiusura della ferita, attenda il tempo necessario che la conta finale sia completa, evitando così di interrompere continuamente lo strumentista impegnato nel rilevamento della conta.

N.B. Nel caso in cui si proceda alla chiusura di una cavità contenuta all'interno di un'altra cavità chirurgica (es. cavità cardiache, pleuriche, etc...) occorre che strumentista e circolante facciano un controllo sulla effettiva presenza del materiale e dello strumentario utilizzato in detta cavità, fermo restando che il controllo finale documentato sarà quello della conta di chiusura.

CONTA FINALE

Saranno contate in sequenza le laparatomiche, gli aghi e gli strumenti utilizzati per la chiusura, il totale di questa conta deve essere uguale al totale della conta di chiusura. Le laparatomiche contate devono comunque essere riposte nell'apposito conta garze secondo protocollo.

N.B. Per ovviare alla mancanza di controllo tra turni differenti riguardo alle garze impacchettate ed etichettate nelle "sponge counter bags" e per consentire un ulteriore doppio controllo tra circolante e strumentista, verrà effettuato un controllo finale per le garze laparatomiche e 4x4 successivo alla loro eliminazione dal campo chirurgico, che consisterà nell'apertura e controllo di completezza delle suddette sponge counter bags e nella loro successiva eliminazione nei rifiuti speciali.

CONTA STRUMENTI DEL DRAPE

Devono essere contati e riposti visibili sul mayo tutti gli strumenti utilizzati nel drape e quelli utilizzati per la rimozione del drape.

GESTIONE DEI MODULI CARTACEI (ALL. A e B)

Dal momento in cui la conta chirurgica intraoperatoria è interamente documentata sulla Cartella Clinica Elettronica “SUNRISE” i moduli cartacei “Abdominal/Cardiothoracic Intraoperative Count” (All.A e B) possono essere eliminati. Nel caso di malfunzionamenti o problemi tecnici della cartella clinica elettronica che impediscono la regolare documentazione della conta, è obbligatorio che l’infermiere circolante firmi e conservi tali moduli cartacei all’interno della cartella clinica cartacea del paziente.

PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI CONTA NON CORRETTA

In caso di conteggio finale non corrispondente a quello iniziale “CONTA NON CORRETTA”, occorre immediatamente informare il chirurgo operatore, e dare inizio ad accurate ricerche del materiale o dello strumento mancante sia attraverso ispezione dell’area circostante il campo operatorio (pavimento, contenitori rifiuti) sia tramite ispezione del sito chirurgico. Se la ricerca non ha esito positivo, per escludere che il materiale o lo strumento mancante si trovi all’interno della cavità chirurgica, sarà attivata la seguente procedura:

1. il chirurgo o l’anestesista richiederanno un esame radiologico (diretta addome o rx torace) STAT sulla cartella clinica indicando il quesito diagnostico.
2. La comunicazione dell’esito dell’esame avverrà direttamente tra radiologo e chirurgo.
3. Nel caso in cui un primo esame radiologico non dovesse dare evidenza del materiale o strumento mancante, un secondo esame verrà richiesto e revisionato insieme al chirurgo richiedente nel PACS della radiologia.
4. Nel caso in cui, il secondo esame radiologico non dovesse dare esito positivo, sarà richiesta una TAC urgente

. L’infermiere circolante ha inoltre il compito di compilare la “scheda di segnalazione spontanea degli eventi”, secondo relativo protocollo, in cui deve essere descritta in maniera dettagliata la quantità e la tipologia del materiale mancante nonché le disposizioni date dal chirurgo in merito agli accertamenti radiologici ed il loro esito positivo o negativo che sia. La conta non corretta va anche documentata sulla cartella clinica elettronica SUNRISE nella sezione “Intraoperative Assessment / Post Op” indicando la tipologia del materiale mancante e l’eventuale richiesta di radiografia al paziente.

N.B. In caso di “**conta non applicabile**” perchè intervento avviato in emergenza o perchè paziente arrivato in sala con cavità chirurgica aperta e paccata con garze, qualora l’intervento si concluda con la chiusura della ferita chirurgica, occorre effettuare un’unica radiografia di controllo intraoperatoria per escludere la presenza di materiale, garze o strumentario all’interno del sito chirurgico, procedendo come descritto ai soprastanti punti 1 e 2.

ABDOMINAL INTRAOPERATIVE COUNT SHEET

MODULO CONTA INTRAOPERATORIA ADDOMINALE

WORKSHEET: SPONGES and NEEDLES SHARPS

WORKSHEET: GARZE, SUTURE e AGHI

Description / Descrizione	Init.	Additional / Ulteriori informazioni	Reliefe	Close	Final
4 x 4 Sponges					
Lap Sponges					
Dissectors Short					
Bulldogs					
Umbilical Tapes					
Suture Boots					
Intestinal Shods					
Bovie Scratch Pads					
Vessel Loops					
Bovie Tip:					
Fistula Tip					
Blunt Needle					
French Eye Needle					
0 Silk					
2-0 Silk P.O.					
4-0 silk					
1 Prolene					
0 Prolene					
2-0 Prolene					
3-0 Prolene					
4-0 Prolene					
5-0 Prolene					
6-0 Prolene					
7-0 Prolene					
8-0 Prolene					
1 Pds					
2-0 Pds					
5-0 Pds					
6-0 Pds					
7-0 Pds					
4-0 Maxon					
5-0 Maxon					
0 Polysorb					
2-0 Polysorb					
3-0 Polysorb					
4-0 Polysorb					
4-0 Nylon/Monosof					
Surgical Blades					
Injection Needles					

CARDIOTHORACIC INTRAOPERATIVE COUNT SHEET

MODULO CONTA INTRAOPERATORIA CARDIOTORACICA

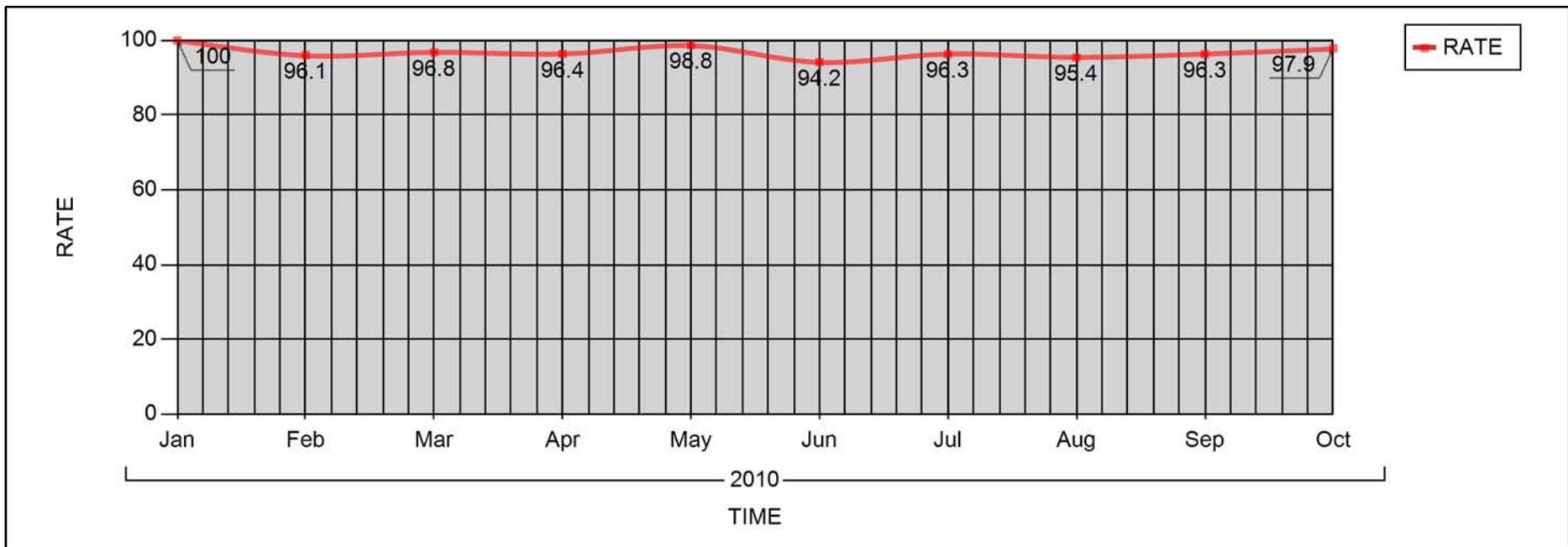
WORKSHEET: SPONGES and NEEDLES SHARPS

WORKSHEET: GARZE, SUTURE e AGHI

Description / Descrizione	Init.	Additional / Ulteriori informazioni	Reliefe	Close	Final
4 x 4 Sponges					
Lap Sponges					
Dissectors					
Bulldogs					
Umbilical Tapes					
Suture Boots					
Surgi-I-paw					
Bovie Scratch Pads					
Vessel Loops					
Vessel cannula					
Bovie Tip:					
Pacing wire					
2 Silk					
0 Silk					
2-0 Silk P.O.					
Wire needle					
0 Prolene					
1 Prolene					
2-0 Prolene					
3-0 Prolene					
4-0 Prolene					
5-0 Prolene					
6-0 Prolene					
7-0 Prolene					
8-0 Prolene					
2-0 Ethibond					
3-0 Ethibond					
2 Dexon					
0 Polysorb					
2-0 Polysorb					
3-0 Polysorb					
4-0 Polysorb					
5-0 Polisorb					
1 PDS					
Surgical Blades					
Injection Needles					
Clip Appliaier					
Syringe					

ISMETT METRICS INDICATOR:CORRECT OR COUNT

	2,010.00									
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct
Numerator	91	73	91	81	81	81	79	62	78	95
Denominator	91	76	94	84	82	86	82	65	81	97
Rate	100	96.1	96.8	96.4	98.8	94.2	96.3	95.4	96.3	97.9



DESCRIPTION

NUMERATOR Number of correct OR count

DENOMINATOR Number of OR cases minus pt packed