

televisiva e utilizza diffusamente il suono digitale, che viene prodotto e registrato in formato elettronico utilizzando il computer e software dedicati.”

- di procedere, con il presente provvedimento, alla RETTIFICA dei suddetti errori materiali, confermando che il termine previsto per la consegna dei plichi resta comunque fissato alle ore 13.00 del 60° giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia degli Avvisi stessi e che la consegna oltre tale termine comporta la “dichiarazione di irricevibilità” ai fini della graduatoria.
- di disporre l'immediata pubblicazione del presente provvedimento nel sito del Servizio Formazione Professionale e la pubblicazione nel BURP a cura dello stesso Servizio, ai sensi della L.R. n. 13/94, art. 6;

Il presente provvedimento:

- sarà pubblicato all'albo on line nelle pagine del sito www.regione.puglia.it;
- è immediatamente esecutivo;
- sarà trasmesso in copia conforme all'originale al Segretariato Generale della Giunta Regionale;
- sarà reso disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia www.regione.puglia.it e nel sito del Servizio Formazione Professionale <http://formazione.regione.puglia.it>;
- sarà trasmesso in copia all'Assessore alla Formazione Professionale;
- il presente atto, composto da n. 5 pagine, è adottato in originale;
- sarà trasmesso ai competenti uffici del Servizio, per la dovuta notifica agli interessati e per gli adempimenti di competenza.

La Dirigente del Servizio
Formazione Professionale
Anna Lobosco

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA 11 gennaio 2013, n. 2

Gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Foglio Unico di Terapia e Checklist perioperatoria.

Il giorno 11 gennaio 2013, in Bari, nella sede del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

IL DIRIGENTE DI SERVIZIO

Visti gli articoli 4 e 16 del D. Lgs. 165/2001;

Visti gli articoli 4 e 5 della Legge Regionale n. 7/97;

Vista la deliberazione di G.R. 28 luglio 1998 n. 3261;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 febbraio 2008 n. 161 - art.16, comma 3;

Visto l'articolo 45, comma 1 della Legge Regionale 16 aprile 2007 n. 10;

Sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario istruttore e dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 riceve dagli stessi la seguente relazione:

La qualità dell'assistenza ed il miglioramento della sicurezza del paziente sono obiettivi raggiungibili anche mediante interventi di analisi delle modalità operative, di facilitazione della comunicazione interna e di interazione tra i processi e le tecnologie sanitarie.

La gestione del rischio è uno degli interventi del governo clinico per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso l'analisi ed il monitoraggio delle pratiche di lavoro connesse all'assistenza sanitaria, la valutazione sistematica dei risultati del sistema e lo studio degli eventi avversi per individuare i punti deboli dell'organizzazione del lavoro.

La Conferenza Stato - Regioni, in data 20 marzo 2008, ha approvato l'Accordo concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e delle cure (Rep. Atti n. 116/CSR) ed ha stabilito al punto 1 a) che le Regioni e le Province Autonome definiscano soluzioni organizzative finalizzate alla riduzione del margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche.

Con Deliberazione n. 1575 del 12 luglio 2011 la Regione Puglia ha costituito il "Coordinamento regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente" ed ha stabilito, oltre ai compiti del suddetto Coordinamento, che le Aziende Sanitarie organizzino la gestione del rischio clinico, in caso di eventi avversi di particolare rilevanza (eventi sentinella), assicurando una attuazione corretta e in tempi congruenti alla gravità della situazione delle azioni previste dalla procedura stabilita dal Coordinamento.

A fronte di tanto, il Coordinatore del citato Coordinamento, con nota del 18 dicembre 2012, agli atti di questo Servizio con prot. A00_151-13897 del 21/12/2012, ha trasmesso le indicazioni operative ampiamente condivise nel Coordinamento ed approvate nella riunione del 5 dicembre 2012 per la implementazione su tutto il territorio regionale dei seguenti documenti:

- Foglio Unico di Terapia;
- Checklist Perioperatoria

Il Foglio Unico di Terapia ha lo scopo di ridurre gli errori in terapia farmacologica e quindi di uniformarsi alle indicazioni di cui alla Raccomandazione n. 7 del Marzo 2008 che alla pagina 13 della stessa, nell'ambito delle Azioni da intraprendere, ha previsto di "adottare la scheda unica di terapia e introdurre progressivamente sistemi computerizzati di prescrizione".

La Checklist perioperatoria, ha, invece, l'obiettivo di elevare il livello di sicurezza delle procedure chirurgiche come indicato nel "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria" emanata dal Ministero della Salute nell'ottobre 2009.

Si propone, pertanto, di prendere atto dell'elaborato del Coordinamento regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente trasmesso dal Coordinatore dello stesso con nota del 18 dicembre 2012, agli atti di questo Ufficio con prot.

A00_151- 13897 del 21/12/2012, concernente il "Foglio Unico di Terapia" e la "Checklist Perioperatoria" nell'ottica della sicurezza del paziente e di riduzione degli errori, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente schema di determinazione dirigenziale, composto da n. 34 (trentaquattro) fogli.

ADEMPIMENTI CONTABILI AI SENSI DELLA L.R. n. 28/2001

La presente determinazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate;

vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore e dalla Responsabile del Procedimento;

richiamato, in particolare, il disposto dell'art. 6 della L. R. 4 febbraio 1997 n. 7 in materia di modalità di esercizio della funzione dirigenziale.

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate

- di prendere atto del documento concernente il "Foglio Unico di Terapia" e la "Checklist Perioperatoria" di cui all'Allegato A, composto da n.34 pagine, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, elaborato dal Coordinamento regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente ed istituito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1575/2011;
- di stabilire che le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) diano immediata e puntuale applicazione a quanto previsto nell'Allegato A;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/94.

Il Dirigente Responsabile del Servizio
Silvia Papini

Il provvedimento viene redatto in forma integrale, secondo quanto disposto dal Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali e ss.mm. e ii.

Il presente provvedimento:

- a) sarà pubblicato all'albo on line nelle pagine del sito www.regione.puglia.it;
- b) sarà trasmesso in copia conforme all'originale alla Segreteria della Giunta Regionale;
- c) sarà disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia: www.regione.puglia.it;
- d) sarà trasmesso in copia all'Assessore alle Politiche della Salute;
- e) Il presente atto, composto da n° 39 facciate, è adottato in originale.



Regione Puglia

**Coordinamento Regionale Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente**

ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE
Via Caduti di Tutte le Guerre,7 - 70126 Bari



FOGLIO UNICO DI TERAPIA

Lo scopo di tutti i Fogli/Schede è quello di ridurre gli errori in terapia farmacologica e quindi di uniformarsi alle indicazioni di cui alla Raccomandazione n.7 del Marzo 2008.

Con riferimento a tanto infatti, si ricorda che alla pag. 13 della stessa, nell'ambito delle Azioni da intraprendere è richiesto di " *adottare la scheda unica di terapia e introdurre progressivamente sistemi computerizzati di prescrizione*".

Ebbene lo scopo di tale "Azione" è quella di ridurre, per l'appunto, gli errori prescrittivi e somministrativi affinché il medico fornisca, in maniera inequivoca e tracciabile, tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia. Analogamente anche nella fase somministrativa vi deve essere certezza che quanto somministrato corrisponda (per molecola, posologia, via di somministrazione e cronologia) a quanto precedentemente prescritto. In relazione a tanto ricorre quindi necessità di uno strumento maneggevole e che consenta di individuare senza possibilità di errore, quanto sopra richiamato.

In particolare lo strumento dovrà prevedere idonei spazi per la identificazione di :

- Principio attivo
- Forma farmaceutica
- Concentrazione
- Tempi

Per giungere a tanto è evidente che dovranno essere noti:

- Età
- Sesso
- Peso

- Eventuali allergie
- Intolleranze
-

Se quindi questi sono da ritenersi i requisiti essenziali e da rendere condivisi tra tutti gli operatori, deve segnalarsi che, in vario grado, i Fogli/Schede analizzati corrispondono a tale fine.

Al fine di fornire elementi di condivisione si riportano i "campi" minimi che ciascun Foglio/Scheda deve contenere.

In particolare Il Foglio Unico di Terapia dovrà prevedere 2 sezioni (A ; B).

Nella sezione A saranno contenute le seguenti intestazioni:

- Logo Azienda
- Identificazione del paziente
- Informazioni sul paziente
- Allergie: tale campo dovrà avere particolare evidenza

Logo Azienda

Nella sezione interessata deve essere posto il logo dell'Azienda con l'indicazione del Presidio Ospedaliero ed il nome dell'Unità Operativa in modo tale da consentire un'immediata identificazione del luogo di degenza.

Identificazione del paziente

Nello spazio relativo all'identificazione del paziente, durante la fase di accettazione del paziente è necessario inserire i seguenti dati:

- Codice nosologico
- Cognome Nome
- Numero di letto
- Luogo e Data di Nascita in maniera completa (GG/MM/AA)
- Peso

Informazioni sul paziente – allergie

L'informazione inserita deve essere firmata dal medico che durante l'anamnesi raccoglie le informazioni necessarie a documentare il tipo di allergia e/o altri eventuali dati necessari.

E' opportuno ricordare che quando si raccolgono le informazioni relative alle allergie, la problematica legata all'allergia al lattice.

Nella sezione A saranno contenute le intestazioni:

- Terapia Orale
- Terapia Intramuscolare / Sottocutanea

Terapia Orale si intendono tutti i farmaci da somministrare per bocca comprese le terapie sublinguali.

Terapia Intramuscolare si intendono tutti i farmaci da somministrare per via intramuscolare.

Terapia Sottocutanea si intendono tutti i farmaci da somministrare per via sottocutanea.

Nella sezione B saranno contenute le intestazioni:

- Terapia Endovenosa / Infusionale
- Terapia Speciale /Estemporanea

Terapia Endovenosa e Infusionale, si intendono tutte le terapie da somministrare per via endovenosa da una a più volte al giorno e tutte le terapie da somministrare per via endovenosa continua (fleboclisi, soluzioni in pompa siringa o pompa volumetrica). Nel caso di infusioni continue specificare il volume da infondere nelle 24 ore e la velocità gtt al minuto, o ml/ora o mm/ora.

Terapia speciale si intendono terapie come la terapia locale, l'ossigenoterapia ed l'aerosolterapia nello spazio dedicato alla prescrizione il medico specifica volumi, tempi e modi.

Terapia estemporanea si intende terapia al di fuori dello schema programmato e motivata da sopraggiunta necessità. La terapia al bisogno va prescritta come qualsiasi terapia, ma deve contenere i parametri oggettivi di riferimento per individuare il bisogno.

LA PRESCRIZIONE DI TERAPIA

Il medico che effettua la prescrizione della terapia deve scrivere a **carattere stampatello** nel riquadro:

"FARMACO, DOSAGGIO (EVENTUALE DILUIZIONE) FORMA FARMACEUTICA PER SOMMINISTRAZIONE DIE" o nel caso delle INFUSIONI CONTINUE VELOCITA' GTT MINUTO o ML/ORA (specificare il volume da infondere nelle 24 ore)

FARMACO: utilizzare il principio attivo o il nome commerciale (preferibilmente entrambi) del farmaco prescritto e disponibile presso la farmacia ospedaliera.

Raccomandazioni: scrivere in modo chiaro e leggibile in stampatello, eventuali correzioni devono essere fatte tracciando una riga su quello che si intende cancellare.

DOSAGGIO DEL FARMACO: specificare chiaramente la dose presente sulla confezione che si vuole utilizzare, avvalersi sempre del sistema metrico (ml. – mg. – Unità), Spazio tra nome dosaggio e unità di misura.

FORMA FARMACEUTICA: specificare fiale, compresse, sciroppi, gocce, supposte, colliri, ovuli ecc...

DILUIZIONI (se previste): specificare il tipo e la quantità di diluizione.

SOMMINISTRAZIONE DIE (POSOLOGIA) specificare dose unitaria per numero di somministrazioni die.

Il medico prescrivente per ogni singolo farmaco prescritto compila il campo con data e ora di prescrizione e appone la sigla o la firma nel campo corrispondente. Per sospendere una o più terapie prescritte, il medico di turno indica la sospensione apponendo il simbolo “//” in corrispondenza del farmaco e nello spazio “Sospensione” la propria firma e la data del giorno in modo da annullare tutte le prescrizioni precedenti.

Qualora voglia inserire note aggiuntive vi è l'apposito spazio.

NOTE: si segnalano particolari osservazioni o indicazioni o raccomandazioni inerenti alle terapie.

“Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione”. Sono quei farmaci che richiedono *particolare attenzione* nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni, ad esempio: agonisti adrenergici, anestetici generali endovenosa, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovenosa, dicossina, insulina, ipoglicemizzanti orali, sodio nitroprussiato, soluzioni concentrate di sodio cloruro.

LA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA

In base alle prescrizioni terapeutiche l'infermiere compila il campo legato alla somministrazione indicando ogni giorno la data di somministrazione e l'ora.

Quando somministra la terapia appone la propria sigla per confermare l'avvenuta somministrazione in corrispondenza degli orari in cui sono prescritte le terapie.

In caso di mancata somministrazione l'infermiere appone, nell'orario corrispondente della prescrizione, le motivazioni come da legenda indicata a fine pagina nella sezione A ed B : *R Rifiuto del paziente, D Digiuno, A Assenza reparto paziente, V Vomito, Z Altro (specificare nelle note il motivo della mancata somministrazione)*.

La firma e la sigla dei medici e degli infermieri, è depositata in un apposito registro, conservato in reparto ed eventualmente anche in Direzione Sanitaria, per garantire la rintracciabilità degli operatori coinvolti nel processo di prescrizione e somministrazione dei farmaci.

RACCOMANDAZIONI FINALI

Ciascuna Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliera o IRCCS dovrà prevedere un unico foglio di terapia nell'ambito Ospedaliero/Territoriale di competenza.

Quali criteri generali si ritiene altresì di suggerire che il foglio di terapia possa essere redatto su foglio formato A4 fronte/retro o A3, a seconda delle esigenze che ciascuna Azienda vorrà identificare. Si ritiene altresì che su ciascun foglio contenga un numero massimo di giorni pari a 7.

In allegato si invia un modello avente scopo meramente orientativo con il relativo manuale operativo d'utilizzo contenente le "Istruzioni per l'uso", che deve ritenersi specifico per lo stesso. Come si noterà esso risulta integrativo delle specifiche generali indicate nel presente documento.

Resta fermo che, prescindendo dalle caratteristiche "tipografiche" del modello trasmesso, ciascuna Azienda/IRCCS dovrà implementare un Foglio che sia coerente con le caratteristiche in questo documento elencate, secondo le condivise (in ambito Aziendale) caratteristiche di forma che si vorranno identificare.

Il Gruppo raccomanda altresì che la sollecita introduzione del Foglio Unico di Terapia sia accompagnata da idoneo percorso formativo.

Si raccomanda altresì che i Direttori generali e/o le Direzioni Strategiche Aziendali prevedano l'implementazione e l'utilizzo del Foglio Unico di Terapia quale obiettivo di budget ai fini del riconoscimento della produttività alla dirigenza Sanitaria e di Comparto.

FOGLIO UNICO DI TERAPIA

Il sistematico utilizzo del Foglio Unico di Terapia con il coinvolgimento della Dirigenza Medica a sostegno di uno strumento, dimostrato efficace a livello internazionale per la riduzione degli errori effettuati nella fase di prescrizione, trascrizione e somministrazione, rappresenta uno degli interventi prioritari di questo gruppo di lavoro. Migliorare la grafia nella prescrizione, in quanto una facile lettura consente all'Infermiere di non avere dubbi sui farmaci da preparare e somministrare. La corretta specificazione della dose è parte integrante della prescrizione e richiede al Medico la dovuta attenzione, in modo particolare in ambito pediatrico e nelle aree critiche, vista la ripercussione negativa che la somministrazione di un farmaco a un dosaggio sbagliato può determinare su un bambino o su un paziente in condizioni critiche.

Definizione

Il Foglio Unico di Terapia (FUT) è lo strumento che unifica e registra, per chiunque sia autorizzato a farlo, tutte le operazioni di prescrizione e somministrazione effettuate sul paziente consentendo di soddisfare i requisiti di rintracciabilità e storicizzazione dei dati in accordo con gli standard internazionali come già avviene per la Cartella Clinica.

Caratteristiche e modalità d'uso

- Il FUT è da considerarsi parte integrante della cartella clinica. Il Foglio Unico di Terapia in uso è conservato in un raccoglitore a disposizione di medici ed infermieri nel locale infermeria.
- Il Foglio Unico di Terapia terminato deve essere inserito nella cartella clinica del paziente.
- Durante eventuali trasferimenti dei pazienti da un reparto all'altro per visite parere o esami strumentali nel corso della degenza, il personale deve accertarsi che il Foglio Unico di Terapia sia inserito all'interno della cartella clinica.
- Quando un paziente viene trasferito definitivamente in un altro reparto il personale deve accertarsi di inserire tutti i Fogli Unici di Terapia all'interno della cartella clinica.
- Alla dimissione del paziente il Foglio Unico di Terapia, va inserito e archiviato all'interno della cartella clinica.
- Lo strumento è stato condiviso e concepito per il programma terapeutico articolato su dieci giorni, in caso di degenza oltre tale programma, la trascrizione sarà a cura del dirigente medico responsabile.

IL FUT DEVE ESSERE COMPILATO A:

CARATTERE STAMPATELLO ESCLUSIVAMENTE CON LA PENNA BLU O NERA.**Il FUT è suddiviso in 2 sezioni (A, B)****Nella sezione A sono contenute le seguenti intestazioni:**

- Logo Azienda
- Identificazione del paziente
- Informazioni sul paziente –allergie-

Logo Azienda

Nella sezione interessata deve essere posto il logo dell'Azienda con l'indicazione del Presidio Ospedaliero ed il nome dell'Unità Operativa in modo tale da consentire un'immediata identificazione del luogo di degenza.

Identificazione del paziente

Nello spazio relativo all'identificazione del paziente, durante la fase di accettazione del paziente è necessario inserire i seguenti dati:

- Codice nosologico
- Cognome Nome
- Numero di letto
- Luogo e Data di Nascita in maniera completa (GG/MM/AA)
- Peso

Informazioni sul paziente – allergie

L'informazione inserita deve essere firmata dal medico che durante l'anamnesi raccoglie le informazioni necessarie a documentare il tipo di allergia e/o altri eventuali dati necessari.

E' opportuno ricordare che quando si raccolgono le informazioni relative alle allergie, la problematica legata all'allergia al lattice.

Nella sezione A sono contenute le intestazioni:

- Terapia Orale
- Terapia Intramuscolare / Sottocutanea

Terapia Orale si intendono tutti i farmaci da somministrare per bocca comprese le terapie sublinguali.

Terapia Intramuscolare si intendono tutti i farmaci da somministrare per via intramuscolare.

Terapia Sottocutanea si intendono tutti i farmaci da somministrare per via sottocutanea.

Nella sezione B sono contenute le intestazioni:

- Terapia Endovenosa / Infusionale
- Terapia Speciale /Estemporanea

Terapia Endovenosa e Infusionale, si intendono tutte le terapie da somministrare per via endovenosa da una a più volte al giorno e tutte le terapie da somministrare per via endovenosa

continua (fleboclisi, soluzioni in pompa siringa o pompa volumetrica). Nel caso di infusioni continue specificare il volume da infondere nelle 24 ore e la velocità gtt al minuto, o ml/ora o mm/ora.

Terapia speciale si intendono terapie come la terapia locale, l'ossigenoterapia ed l'aerosolterapia nello spazio dedicato alla prescrizione il medico specifica volumi, tempi e modi.

Terapia estemporanea si intende terapia al di fuori dello schema programmato e motivata da sopraggiunta necessità. La terapia al bisogno va prescritta come qualsiasi terapia, ma deve contenere i parametri oggettivi di riferimento per individuare il bisogno.

LA PRESCRIZIONE DI TERAPIA

Il medico che effettua la prescrizione della terapia deve scrivere a **carattere stampatello** nel riquadro:

"FARMACO, DOSAGGIO (EVENTUALE DILUIZIONE) FORMA FARMACEUTICA PER SOMMINISTRAZIONE DIE" o nel caso delle **INFUSIONI CONTINUE VELOCITA' GTT MINUTO** o **ML/ORA** (specificare il volume da infondere nelle 24 ore)

FARMACO: utilizzare il principio attivo o il nome commerciale (preferibilmente entrambi) del farmaco prescritto e disponibile presso la farmacia ospedaliera.

Raccomandazioni: scrivere in modo chiaro e leggibile in stampatello, eventuali correzioni devono essere fatte tracciando una riga su quello che si intende cancellare.

DOSAGGIO DEL FARMACO: specificare chiaramente la dose presente sulla confezione che si vuole utilizzare, avvalersi sempre del sistema metrico (ml. - mg. - Unità), Spazio tra nome dosaggio e unità di misura.

FORMA FARMACEUTICA: specificare fiale, compresse, sciroppi, gocce, supposte, colliri, ovuli ecc...

DILUIZIONI (se previste): specificare il tipo e la quantità di diluizione.

SOMMINISTRAZIONE DIE (POSOLOGIA) specificare dose unitaria per numero di somministrazioni die.

Il medico prescrivente per ogni singolo farmaco prescritto compila:
il campo con data e ora di prescrizione e appone la sigla o la firma nel campo corrispondente

Per sospendere una o più terapie prescritte, il medico di turno indica la sospensione apponendo il simbolo "// in corrispondenza del farmaco e nello spazio "Sospensione" la propria firma e la data del giorno in modo da annullare tutte le prescrizioni precedenti. Qualora voglia inserire note aggiuntive vi è l'apposito spazio.

NOTE: si segnalano particolari osservazioni o indicazioni o raccomandazioni inerenti alle terapie.

"Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione". Sono quei farmaci che richiedono *particolare attenzione* nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità del basso indice

terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni, ad esempio: agonisti adrenergici, anestetici generali endovenosa, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovenosa, dicossina, insulina, ipoglicemizzanti orali, sodio nitroprussiato, soluzioni concentrate di sodio cloruro.

LA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA

In base alle prescrizioni terapeutiche l'infermiere compila il campo legato alla somministrazione indicando ogni giorno la data di somministrazione e l'ora.

Quando somministra la terapia appone la propria sigla per confermare

l'avvenuta somministrazione in corrispondenza degli orari in cui sono prescritte le terapie.

In caso di mancata somministrazione l'infermiere appone, nell'orario corrispondente della prescrizione, le motivazioni come da legenda indicata a fine pagina nella sezione A ed B : *R Rifiuto del paziente, D Digiuno, A Assenza reparto paziente, V Vomito, Z Altro (specificare nelle note il motivo della mancata somministrazione)*.

La firma e la sigla dei medici e degli infermieri, è depositata in un apposito registro, conservato in reparto, per garantire la rintracciabilità degli operatori coinvolti nel processo terapeutico.



Regione Puglia

*Coordinamento Regionale Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente*

ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE
Via Caduti di Tutte le Guerre,7 - 70126 Bari



CHECKLIST PERIOPERATORIA

Obiettivo della checklist perioperatoria è elevare il livello di sicurezza delle procedure chirurgiche come indicato nel Manuale per la Sicurezza in sala operatoria del Ministero della Salute di ottobre 2009.

La checklist operatoria è una semplice lista di standard di sicurezza, per la gran parte utilizzabile con il sistema si/no, a supporto delle equipe di reparto ed operatorie per l'esecuzione dei controlli pre/intra/post trattamento, per una chirurgia sicura. E' inoltre uno strumento che sostiene i cambiamenti di sistema ed i cambiamenti dei comportamenti individuali rafforzando gli standard per la sicurezza ed i processi di comunicazione, contrastandone i possibili fattori di fallimento.

In un recente studio prospettico è emerso che l'implementazione della checklist è associata a una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie.

In particolare è stato osservato :

- riduzione del tasso di complicanze dall'11% (prima della implementazione) al 7% (dopo) ($p < 0,001$);
- riduzione del tasso di mortalità intraospedaliera dall'1,5% allo 0,8% ($p < 0,003$);
- riduzione del tasso di infezione del sito chirurgico dal 6,2% al 3,4% ($p < 0,001$);
- riduzione del ritorno non programmato in sala operatoria dal 2,4% al 1,8% ($p < 0,047$).

I risultati osservati suggeriscono che l'utilizzo della check list può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. L'esame delle check list pervenute consente di affermare che ciascuna, pur con differenze formali (ed in taluni casi sostanziali), consente in prospettiva il

raggiungimento degli obiettivi di sicurezza previsti dalla citata raccomandazione ministeriale.

Al fine di fornire una guida operativa utile per la definitiva adozione della/e checklist su tutto il territorio regionale, appare comunque necessario indicare i requisiti minimi delle stesse:

Tre sezioni:

- SIGN IN (Preparazione pre sala operatoria e pre anestesia)
- TIME OUT (Preparazione pre operatoria post induzione anestesia)
- SIGN OUT (Preparazione post intervento, pre allontanamento dalla sala operatoria)

Ciascuna sezione riporta le informazioni generali relative a:

- anagrafica del paziente e spazio per la eventuale etichetta barcode adesiva;
- data dell'intervento;
- U.O. chirurgica e Sala Operatoria;
- tipo di intervento chirurgico e modalità di esecuzione .

Ogni sezione del modulo è divisa in campi che corrispondono alle attività di verifica previste, che le rispettive figure professionali devono compilare e firmare per avvenuta verifica delle attività riportate. Il modulo deve essere compilato in fasi successive e sequenziali (corrispondenti alle fasi principali del percorso del paziente chirurgico il giorno dell'intervento), in modo che ciascuna fase di verifica venga chiusa con la firma della figura competente, dando corso così alla fase successiva.

La verifica delle voci previste si esegue con la "biffatura", cioè apponendo un segno convenzionale a forma di "V" nella casella corrispondente alla voce che interessa.

- La sezione "SIGN IN" è composta di 3 campi corrispondenti a : Infermiere di Sala, Anestesista, Chirurgo. E' inoltre presente uno spazio per la documentazione dell'orario di arrivo del paziente nella Sala Operatoria. Deve essere compilata prima della induzione della anestesia.

- SIGN IN:

Prima dell'induzione dell'anestesia:

1) INFERMIERE DI SALA:

All'arrivo del paziente nel blocco operatorio è fatto divieto specifico lasciare il paziente incustodito, ma deve essere "consegnato" al personale di sala (di norma all'infermiere di sala) che provvederà a:

- annotare l'orario di arrivo nello spazio predisposto;
- eseguire la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:
 - identità del paziente con stato di coscienza conservato;

- corrispondenza dei dati anagrafici cartella - lista;
- avvenuta rimozione protesi;
- allergie a farmaci;
- somministrazione antibiotico-profilassi (negli ultimi 60 minuti prima dell'intervento);
- presenza della marcatura del sito chirurgico (lato/livello);
- verifica corretto posizionamento spondine barella;
- posizionamento pulsossimetro e verifica corretto funzionamento
- controllo del kit monouso.

2) ANESTESISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- conferma da parte del paziente della/del procedura/intervento da eseguire;
- presenza del consenso informato anestesilogico;
- corretta posizione del paziente sul letto operatorio;
- controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci);
- valutazione gestione vie aeree;
- valutazione rischio di aspirazione;
- presenza pace-maker ;
- presenza defibrillatore impiantabile;
- disattivazione defibrillatore impiantabile (se presente).

3) CHIRURGO

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente;
- conferma della procedura/intervento da eseguire;
- presenza del consenso informato chirurgico;
- corretta marcatura del sito chirurgico (lato/livello).

La sezione "TIME OUT" è composta di 5 campi corrispondenti a : Coordinatore del Time Out, Chirurgo +Anestesista+Infermiere Strumentista, Chirurgo, Anestesista, Infermiere Strumentista. E' presente uno spazio per la identificazione del Coordinatore del Timeout, preferibilmente l'Infermiere di Sala. Deve essere compilata prima della incisione della cute.

TIMEOUT

Prima dell'incisione della cute.

Si tratta di un momento particolarmente importante ai fini della comunicazione tra tutti i componenti dell'equipe operatoria, immediatamente prima dell'inizio dell'intervento chirurgico, espressamente previsto dalle raccomandazioni ministeriali e dell'OMS sulla sicurezza in sala operatoria.

Prima dell'incisione della cute il COORDINATORE DELLA SAFETYLIST verifica che tutti i membri del team siano presenti e il ruolo rispettivo di ciascuno, ripete verbalmente ai componenti dell'equipe operatoria (tutti presenti):

- la identità del paziente;
- il tipo di intervento da eseguirsi;
- il sito dell'intervento lato/livello;
- il corretto posizionamento del paziente;
- eventuali criticità legate all'intervento/procedura o alle condizioni cliniche del paziente.

Quindi firma per avvenuta verifica nello spazio predisposto.

CHIRURGO, ANESTESISTA e INFERMIERE STRUMENTISTA

a turno eseguono la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente;
- tipo di intervento da eseguirsi;
- sito dell'intervento lato/livello.

CHIRURGO

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- revisione del piano di lavoro (fasi critiche prevedibili, stima del tempo necessario, stima delle possibili perdite ematiche) quando necessaria;
- esposizione di lastre radiologiche, fotografie, altre immagini, quando necessarie.

ANESTESISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- fasi critiche prevedibili per lo specifico paziente.

INFERMIERE STRUMENTISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- conferma della sterilità/integrità dei dispositivi utilizzati;
- eventuali preoccupazioni (annotare quali nello spazio previsto).

-

Questa sezione di "TIMEOUT" viene compilata alla fine dell'intervento/procedura chirurgico/a da parte di ciascun componente della equipe, secondo le specifiche attribuzioni e responsabilità, firmando per avvenuta verifica delle rispettive voci (chirurgo, anestesista, infermiere strumentista).

La sezione "SIGN OUT" è composta di 4 campi corrispondenti a : Infermiere strumentista, Chirurgo, Anestesista, Infermiere di Sala. E' inoltre presente uno spazio per la documentazione dell'orario di uscita del paziente dalla Sala Operatoria. Deve essere compilata prima che il paziente lasci la Sala Operatoria.

SIGN OUT

Prima che il paziente lasci la Sala Operatoria.

1) INFERMIERE STRUMENTISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- compilazione, quando richiesto, della specifica scheda in cui sono annotate quantità e tipologia di materiale (garze, strumenti, ecc.) utilizzato durante l'intervento chirurgico;
- richiesta esame istologico con identificativo del paziente e descrizione del campione.

2) CHIRURGO

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- avvenuta conta delle garze /strumenti, ecc. da parte dell'infermiere strumentista (per presa visione);
- richiesta esame campione istologico sul pezzo operatorio, con identificativo del paziente e descrizione del campione;
- aggiornamento terapia in cartella (FUT);
- descrizione intervento chirurgico sul registro operatorio;
- piano profilassi tromboembolismo post-operatorio.

3) ANESTESISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per :

- stato di coscienza e condizioni cardiorespiratorie del paziente;
- compilazione cartella anestesiologicala.

4) INFERMIERE DI SALA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per :

- stato di coscienza conservato;
- valutazione parametri vitali : PA, FC, SO₂;
- presenza e corretto funzionamento dei drenaggi;
- presenza catetere vescicale;
- presenza sondino naso-gastrico;
- presenza di elastomero (o altro) per terapia antalgica;
- corretto posizionamento spondine barella;
- riconsegna cartella clinica e documentazione sanitaria;

- eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici della Sala Operatoria.

In calce alla sezione l'Infermiere di Sala annota l'orario in cui il paziente lascia la sala operatoria e firma nello spazio predisposto.

La procedura della conta delle garze viene svolta durante l'esecuzione dell'intervento chirurgico, prima cioè di avviare la chiusura della parete addominale/toracica (o, quando necessario, di altri recessi), pertanto non rientra nel cosiddetto Sign Out; tuttavia si decide di inserire comunque la verifica della avvenuta conta garze anche in questa sezione con la finalità di lasciarne una traccia evidente.

Alla fine dell'intervento il paziente non deve per alcun motivo essere lasciato privo di assistenza e controllo, fino a quando non verrà dimesso dal blocco operatorio per essere accompagnato in reparto.

E' responsabilità del Coordinatore di Sala l'applicazione di tale misura di sicurezza.

In relazione alle condizioni cliniche del paziente l'Anestesista responsabile dà l'assenso alla dimissione del paziente dal blocco operatorio per essere accompagnato alla degenza ordinaria o in terapia intensiva (secondo i casi).

Oltre alle 3 fasi previste dalla checklist di Sala Operatoria Ministeriale, crediamo sia opportuno inserire nella nostra Checklist la fase di TRASFERIMENTO del paziente dal reparto alla sala operatoria.

TRASFERIMENTO :

Prima dell'ingresso in sala operatoria:

1) MEDICO DI REPARTO

esegue verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- completezza della cartella clinica;
- presenza del foglio di terapia;
- marcatura del sito (lato/livello) con pennarello demografico, confermato dal paziente;
- presenza di consenso informato chirurgico firmato;
- presenza del consenso informato anestesilogico firmato;
- allergie segnalate in cartella;
- prescrizioni anestesilogiche;
- prescrizione antibiotico-profilassi preoperatoria;
- prescrizione profilassi antitrombotica venosa;
- disponibilità di sangue se perdita di sangue stimata >500ml (7ml/KG nei bambini);

2) INFERMIERE DI REPARTO (individuato per tale compito dallo specifico piano di lavoro) esegue verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- presenza della cartella e documentazione clinica (immagini rx, foto, ecc.);
- necessità di farmaci (antibiotici, altro) da portare in S.O.;
- presenza nulla osta anestesiológico;
- presenza determinazione gruppo sanguigno;
- presenza richiesta e disponibilità di gruppo e sangue;
- somministrazione profilassi tromboembolica venosa (mezzi fisici/eparina);
- rimozione vestiario/pannolini;
- rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche, lenti a contatto;
- rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), smalto e trucco;
- rispetto del digiuno;
- preparazione intestinale;
- tricotomia;
- presenza catetere vescicole;
- premeditazione anestesiológica;
- verifica corretto posizionamento spondine della barella
- verifica presenza di defibrillatore impiantabile (se da disattivare).

Solo se tutte le voci sono state verificate (dando esito positivo ai fini dell'intervento), il paziente potrà essere avviato alla induzione della anestesia con tutta la documentazione necessaria.

Tale attività dovrà essere svolta per tutti i pazienti da sottoporre a procedura/intervento chirurgica/o, con responsabilità assegnata al medico e all'infermiere di reparto, rispettivamente secondo le attribuzioni/ piano di lavoro stabiliti, sotto la supervisione del Primario/Coordinatore del reparto.

RACCOMANDAZIONI FINALI

Ciascuna Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliera o IRCCS dovrà prevedere una Checklist perioperatoria nell'ambito Ospedaliero/Territoriale di competenza.

Non vi sono preclusioni sulla modalità di formato (A3/A4, più fogli) che si vorranno identificare.

In allegato si invia un modello avente scopo meramente orientativo con il relativo manuale operativo d'utilizzo contenente le "Istruzioni per l'uso", che deve ritenersi specifico per lo stesso. Come si noterà esso risulta integrativo delle specifiche generali indicate nel presente documento.

Resta fermo che, prescindendo dalle caratteristiche "tipografiche" del modello trasmesso, ciascuna Azienda/IRCCS dovrà implementare una Checklist che sia coerente con le caratteristiche in questo documento elencate, secondo le condivise (in ambito Aziendale) caratteristiche di forma che si vorranno identificare.

Il Gruppo raccomanda altresì che la sollecita introduzione della Checklist perioperatoria sia accompagnata da idoneo percorso formativo.

Si raccomanda altresì che i Direttori generali e/o le Direzioni Strategiche Aziendali prevedano l'implementazione e l'utilizzo della Checklist perioperatoria quale obiettivo di budget ai fini del riconoscimento della produttività alla dirigenza Sanitaria e di Comparto.

SAFETY LIST (LISTA DI SICUREZZA) PERIOPERATORIA ISTRUZIONI OPERATIVE

Definizione e dati della letteratura

La check list operatoria è una semplice lista di standard di sicurezza a supporto delle equipe operatorie per l'esecuzione dei controlli previsti per una chirurgia sicura.

In un recente studio prospettico è emerso che l'implementazione della check list è associata una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie . In particolare è stato osservato :

- riduzione del tasso di complicanze dall'11% (prima della implementazione) al 7% (dopo) ($p < 0,001$);
- riduzione del tasso di mortalità intraospedaliera dall'1,5% allo 0,8% ($p < 0,003$);
- riduzione del tasso di infezione del sito chirurgico dal 6,2% al 3,4% ($p < 0,001$);
- riduzione del ritorno non programmato in sala operatoria dal 2,4% al 1,8% ($p < 0,047$).

I risultati osservati suggeriscono che l'utilizzo della check list può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

Scopo:

elevare il livello di sicurezza delle procedure chirurgiche (anche attraverso la implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza in sala operatoria e delle "Guidelines for Safe Surgery" previste nel programma "Safe Surgery Save Lives" dell'OMS).

Operatori coinvolti :

- Personale medico e infermieristico delle UU. OO. chirurgiche/interventistiche;
- Personale delle Sale Operatorie;
- Personale delle UU. OO. di Anestesia I, II e III

INTRODUZIONE:

L'intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliata è un evento malauguratamente comune nelle organizzazioni sanitarie.

Questi errori sono la conseguenza di:

- un difetto di comunicazione (inefficace o inadeguata) tra i membri dell'equipe chirurgica;
- un non coinvolgimento del paziente nella marcatura del sito chirurgico;
- una mancanza di procedure per la verifica del sito chirurgico.

Inoltre, spesso, intervengono altri fattori concomitanti, quali:

- inadeguatezza della valutazione del paziente;
- inadeguatezza della verifica della documentazione clinica;
- una cultura refrattaria alla comunicazione aperta tra i membri dell'equipe chirurgica;
- problemi relativi alla illeggibilità della calligrafia e all'utilizzo di abbreviazioni.

I processi essenziali descritti nel protocollo universale sono:

- marcatura del sito chirurgico;
- processo di verifica preoperatoria;
- time-out da eseguire immediatamente prima dell'inizio di una procedura chirurgica.

MARCATURA DEL SITO CHIRURGICO:

La marcatura del sito chirurgico deve coinvolgere attivamente il paziente ed è eseguita con un segno univoco. Il segno dovrebbe essere:

- uniforme in tutta l'organizzazione;
- fatto dalla persona che eseguirà la procedura;
- avvenire con il paziente sveglio e vigile, se possibile;
- deve essere:
- visibile anche dopo la preparazione e la vestizione preoperatorie.

Il sito chirurgico deve essere segnato in tutti i casi dove è possibile confondere il lato (destra o sinistra), la lesione (in caso di lesioni multiple), o il livello (colonna vertebrale).

PROCESSO DI VERIFICA PREOPERATORIA

Il processo di verifica preoperatoria ha lo scopo di :

- verificare che si tratti del paziente giusto, della procedura corretta, del sito operatorio corretto;
- assicurarsi che sia disponibile, appropriatamente etichettata e pronta all'uso tutta la documentazione clinica pertinente, comprese le lastre e i referti delle indagini;

- Per gli interventi chirurgici in pazienti pediatrici tutti i consensi relativi al paziente si intendono riferiti ai genitori/tutori legali;
- verificare l'effettiva presenza di eventuali apparecchi, dispositivi e/o impianti speciali.

TIME OUT

La fase di time-out è un importante momento di comunicazione tra i vari componenti dell'equipe operatoria; permette di evitare eventi sentinella e "wrong surgery", garantendo la sicurezza del paziente.

Il timeout è condotto nel luogo dove sta per essere eseguita la procedura chirurgica, precede l'incisione della cute e vede coinvolta l'intera equipe chirurgica.

CONTENUTO

Il modulo " Safety List (Lista di Sicurezza) Perioperatoria" è composto di quattro sezioni:

- Safety List Perioperatoria - TRASFERIMENTO;
- Safety List Perioperatoria - SIGN IN;
- Safety List Perioperatoria - TIME OUT;
- Safety List Perioperatoria - SIGN SIGN OUT.

Ciascuna sezione riporta le informazioni generali relative a:

- anagrafica del paziente e spazio per l'etichetta barcode adesiva;
- data dell'intervento;
- U.O. chirurgica e Sala Operatoria;
- tipo di intervento chirurgico e modalità di esecuzione .

Ogni sezione del modulo è divisa in campi che corrispondono alle attività di verifica previste, che le rispettive figure professionali devono compilare e firmare per avvenuta verifica delle attività riportate.

La sezione "TRASFERIMENTO" è composta di 2 campi corrispondenti a : Infermiere di reparto, Medico di reparto. Deve essere compilata prima che il paziente entri in Sala Operatoria.

La sezione "SIGN IN" è composta di 3 campi corrispondenti a : Infermiere di Sala, Anestesista, Chirurgo. E' inoltre presente uno spazio per la documentazione dell'orario di arrivo del paziente nella Sala Operatoria. Deve essere compilata prima della induzione della anestesia.

La sezione "TIME OUT" è composta di 5 campi corrispondenti a : Coordinatore del Time Out, Chirurgo +Anestesista+Infermiere Strumentista, Chirurgo, Anestesista, Infermiere Strumentista. E' presente uno spazio per la identificazione del Coordinatore del Timeout, preferibilmente l'Infermiere di Sala. Deve essere compilata prima della incisione della cute.

La sezione "SIGN OUT" è composta di 4 campi corrispondenti a: Infermiere strumentista, Chirurgo, Anestesista, Infermiere di Sala. E' inoltre presente uno spazio per la documentazione dell'orario di uscita del paziente dalla Sala Operatoria. Deve essere compilata prima che il paziente lasci la Sala Operatoria.

Il modulo deve essere compilato in fasi successive e sequenziali (corrispondenti alle fasi principali del percorso del paziente chirurgico il giorno dell'intervento), in modo che ciascuna fase di verifica venga chiusa con la firma della figura competente, dando corso così alla fase successiva.

La verifica delle voci previste si esegue con la "biffatura", cioè apponendo un segno convenzionale a forma di "V" nella casella corrispondente alla voce che interessa. Sono previste solo due possibilità: EFFETTUATA e NON PREVISTA, quando la modalità "non prevista" non è applicabile al caso specifico, la casella è annerita, ciò significa che va ignorata.

Di seguito sono riportate le varie sezioni della Safety List Perioperatoria con:

SAFETY LIST PERIOPERATORIA - TRASFERIMENTO :

Prima dell'ingresso in sala operatoria:

1) MEDICO DI REPARTO

esegue verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- completezza della cartella clinica;
- presenza del foglio di terapia;
- marcatura del sito (lato/livello) con pennarello demografico, confermato dal paziente;
- presenza di consenso informato chirurgico firmato;
- presenza del consenso informato anestesilogico firmato;
- allergie segnalate in cartella;
- prescrizioni anestesilogiche;
- prescrizione antibiotico-profilassi preoperatoria;
- prescrizione profilassi antitrombotica venosa;
- disponibilità di sangue se perdita di sangue stimata >500ml (7ml/KG nei bambini);

2) INFERMIERE DI REPARTO (individuato per tale compito dallo specifico piano di lavoro) esegue verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- presenza della cartella e documentazione clinica (immagini rx, foto, ecc.);
- necessità di farmaci (antibiotici, altro) da portare in S.O.;
- presenza nulla osta anestesiologicalo;
- presenza determinazione gruppo sanguigno;
- presenza richiesta e disponibilità di gruppo e sangue;
- somministrazione profilassi tromboembolica venosa (mezzi fisici/eparina);
- rimozione vestiario/pannolini;
- rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche, lenti a contatto;
- rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), smalto e trucco;
- rispetto del digiuno;
- preparazione intestinale;
- tricotomia;
- presenza catetere vescicole;
- premeditazione anestesiologicala;
- verifica corretto posizionamento spondine della barella
- verifica presenza di defibrillatore impiantabile (se da disattivare).

Solo se tutte le voci sono state verificate (e hanno dato esito positivo ai fini dell'intervento), il paziente potrà essere avviato alla induzione della anestesia con tutta la documentazione necessaria (compreso lo stesso modulo "Safety List" correttamente compilato e firmato).

Questa attività è una procedura non prevista espressamente nella Check List di Sala Operatoria Ministeriale o del'OMS, tuttavia, in considerazione della sua importanza per il trasferimento in sala operatoria del paziente, si decide di inserirla comunque con la finalità di lasciarne una traccia evidente.

Tale attività dovrà essere svolta per tutti i pazienti da sottoporre a procedura/intervento chirurgica/o, con responsabilità assegnata al medico e all'infermiere di reparto, rispettivamente secondo le attribuzioni/ piano di lavoro stabiliti sotto la supervisione del'Primario/Coordinatore del reparto.

SAFETY LIST PERIOPERATORIA - SIGN IN:

Prima dell'induzione dell'anestesia:

1) INFERMIERE DI SALA:

All'arrivo del paziente nel blocco operatorio è fatto divieto specifico lasciare il paziente incustodito, ma deve essere "consegnato" al personale di sala (di norma all'infermiere di sala) che provvederà a:

- annotare l'orario di arrivo nello spazio predisposto;
- eseguire la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- corrispondenza dei dati anagrafici cartella - lista;
- avvenuta rimozione protesi;
- allergie a farmaci;
- somministrazione antibiotico-profilassi (negli ultimi 60 minuti prima dell'intervento);
- presenza della marcatura del sito chirurgico (lato/livello);
- verifica corretto posizionamento spondine barella;
- posizionamento pulsossimetro e verifica corretto funzionamento
- controllo del kit monouso.

2) ANESTESISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- conferma da parte del paziente della/del procedura/intervento da eseguire;
- presenza del consenso informato anestesilogico;
- corretta posizione del paziente sul letto operatorio;
- controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci);
- valutazione gestione vie aeree;
- valutazione rischio di aspirazione;
- presenza pace-maker ;
- presenza defibrillatore impiantabile;
- disattivazione defibrillatore impiantabile (se presente).

3) CHIRURGO

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente;
- conferma della procedura/intervento da eseguire;
- presenza del consenso informato chirurgico;
- corretta marcatura del sito chirurgico (lato/livello).

TIMEOUT

Prima dell'incisione della cute.

Si tratta di un momento particolarmente importante ai fini della comunicazione tra tutti i componenti dell'equipe operatoria, immediatamente prima dell'inizio dell'intervento chirurgico, espressamente previsto dalle raccomandazioni ministeriali e dell'OMS sulla sicurezza in sala operatoria.

Prima dell'incisione della cute il COORDINATORE DELLA SAFETYLIST verifica che tutti i membri del team siano presenti e il ruolo rispettivo di ciascuno, ripete verbalmente ai componenti dell'equipe operatoria (tutti presenti):

- la identità del paziente;

- il tipo di intervento da eseguirsi;
- il sito dell'intervento lato/livello;
- il corretto posizionamento del paziente;
- eventuali criticità legate all'intervento/procedura o alle condizioni cliniche del paziente.

Quindi firma per avvenuta verifica nello spazio predisposto.

CHIRURGO, ANESTESISTA e INFERMIERE STRUMENTISTA

a turno eseguono la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- identità del paziente;
- tipo di intervento da eseguirsi;
- sito dell'intervento lato/livello.

CHIRURGO

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- revisione del piano di lavoro (fasi critiche prevedibili, stima del tempo necessario, stima delle possibili perdite ematiche) quando necessaria;
- esposizione di lastre radiologiche, fotografie, altre immagini, quando necessarie.

ANESTESISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- fasi critiche prevedibili per lo specifico paziente.

INFERMIERE STRUMENTISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) di:

- conferma della sterilità/integrità dei dispositivi utilizzati;
- eventuali preoccupazioni (annotare quali nello spazio previsto).

Questa sezione di "TIMEOUT" viene compilata alla fine dell'intervento/procedura chirurgico/a da parte di ciascun componente della equipe, secondo le specifiche attribuzioni e responsabilità, firmando per avvenuta verifica delle rispettive voci (chirurgo, anestesista, infermiere strumentista).

SAFETY LIST PERIOPERATORIA - SIGN OUT

Prima che il paziente lasci la Sala Operatoria.

1) INFERMIERE STRUMENTISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- compilazione, quando richiesto, della specifica scheda in cui sono annotate quantità e tipologia di materiale (garze, strumenti, ecc.) utilizzato durante l'intervento chirurgico;
- richiesta esame istologico con identificativo del paziente e descrizione del campione.

2) CHIRURGO

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per:

- avvenuta conta delle garze /strumenti, ecc. da parte dell'infermiere strumentista (per presa visione);
- richiesta esame campione istologico sul pezzo operatorio, con identificativo del paziente e descrizione del campione;
- aggiornamento terapia in cartella (FUT);
- descrizione intervento chirurgico sul registro operatorio;
- piano profilassi tromboembolismo post-operatorio.

3) ANESTESISTA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per :

- stato di coscienza e condizioni cardiorespiratorie del paziente;
- compilazione cartella anestesologica.

4) INFERMIERE DI SALA

esegue la verifica (firmando nell'apposito spazio per averla eseguita) per :

- stato di coscienza conservato;
- valutazione parametri vitali : PA, FC, SO2;
- presenza e corretto funzionamento dei drenaggi;
- presenza catetere vescicale;
- presenza sondino naso-gastrico;
- presenza di elastomero (o altro) per terapia antalgica;
- corretto posizionamento spondine barella;
- riconsegna cartella clinica e documentazione sanitaria;
- eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici della Sala Operatoria.

In calce alla sezione l'Infermiere di Sala annota l'orario in cui il paziente lascia la sala operatoria e firma nello spazio predisposto.

La procedura della conta delle garze viene svolta durante l'esecuzione dell'intervento chirurgico, prima cioè di avviare la chiusura della parete addominale/toracica (o, quando necessario, di altri recessi), pertanto non rientra nel cosiddetto Sign Out: tuttavia si decide di inserire comunque la verifica della avvenuta conta garze anche in questa sezione con la finalità di lasciarne una traccia evidente.

Alla fine dell'intervento il paziente non deve per alcun motivo essere lasciato privo di assistenza e controllo, fino a quando non verrà dimesso dal blocco operatorio per essere accompagnato in reparto.

E' responsabilità del Coordinatore di Sala l'applicazione di tale misura di sicurezza.

In relazione alle condizioni cliniche del paziente l'Anestesista responsabile dà l'assenso alla dimissione del paziente dal blocco operatorio per essere accompagnato alla degenza ordinaria o in terapia intensiva (secondo i casi).

NOTA BENE:

- A) La safety list perioperatoria, , all'atto della dimissione del paziente deve essere conservata nella cartella clinica.
- B) La compilazione della safety list non esime i singoli professionisti dalla compilazione di cartella clinica, registro operatorio, cartella anestesiologicala, documentazione infermieristica di sala operatoria.
- C) All'arrivo del paziente nel blocco operatorio, è fatto divieto specifico lasciare il paziente incustodito, ma deve essere "consegnato" al personale di sala (di norma all'infermiere anestesista) che lo prende in carico;
- D) Terminato l'intervento il paziente non deve per alcun motivo essere lasciato privo di assistenza e controllo, fino a quando non verrà dimesso dal blocco operatorio.

Obiettivi specifici

(secondo il manuale della sicurezza in sala operatoria del Ministero della Salute)

Obiettivo 1: Operare il paziente corretto e il sito corretto;

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

Obiettivo 2: Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico;

La ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni ai pazienti, quali infezioni, reintervento chirurgico, perforazione intestinale, fistola o ostruzione e morte;

Il conteggio sistematico di garze, bisturi, aghi, ed ogni altro materiale deve essere effettuato ogni volta che si eseguono interventi chirurgici che comportano l'apertura delle cavità peritoneale, retroperitoneale, pelvica, toracica e comunque per tutte le procedure nelle quali è previsto l'utilizzo di garze e altri strumenti che potrebbero essere ritenuti all'interno del paziente.

Obiettivo 3: Identificare in modo corretto i campioni chirurgici;

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

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.

Obiettivo 5: Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali

Un evento avverso prevenibile nel corso delle manovre anestesologiche, 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.

Obiettivo 6: Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria

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

Obiettivo 7: Controllare e gestire il rischio emorragico

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

Obiettivo 8: Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologia

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

Obiettivo 9: Gestire in modo corretto il risveglio e il controllo post-operatorio

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

Obiettivo 10: Prevenire il tromboembolismo postoperatorio

Il tromboembolismo postoperatorio rappresenta un importante problema associato all'assistenza sanitaria, che può causare un 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 antitrombotica.

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 degenza ospedaliera.

Obiettivo 12: Promuovere una efficace comunicazione in sala operatoria

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

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.

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 RO documenta il numero e le modalità di esecuzione degli interventi chirurgici e di qualunque procedura invasiva eseguita in sala operatoria.

Obiettivo 15: Garantire una corretta documentazione anestesiologicala

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.

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 e insuccessi. L'OMS raccomanda fortemente l'adozione di una lista di indicatori semplici ed essenziali, "vital statistic", per la sorveglianza delle attività in sala operatoria da utilizzarsi sia a livello delle strutture sanitarie sia a livello dei professionisti.

Bibliografia:

1. Haynes AB, Weiser TG, Gawande AA, et al.: A Surgical Safety Check List to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 2009; 360(5):491-9 *full text*;
2. Khuri SF, Henderson WG, De Palma RG, Mosca C, Healey NA, Kumbhani DJ. Determinants of long term survival after major surgery and the adverse effect of post-operative complication . Ann. Surg. 2005 Sep; 242 (3):326-41 *full text*;
3. Gawande AA, Thomas J, Zinner MJ, Brennan TO. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado e Utah in 1992. Surgery 1999 July; 126 (1):66-75 *abstract*;
4. Kable AK, Gibberd RW, Spiegelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. Int. J Qual. Health Care 2002 Aug; 14 (4): 269-76 *abstract*;
5. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Complications in surgical patients. Arch. Surg 2002 May; 137 (5) : 611-7 *full text*;
6. Raccomandazione Ministeriale Novembre 2009 "Manuale di Sicurezza Sala Operatoria"

AZIENDA		BAR-CODE
U.O. DI.....		
SAFETY LIST PERIOPERATORIA - TRASFERIMENTO		
prima dell'ingresso in sala operatoria		
REPARTO		DATA
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		Urgenza SI NO
open endoscopico laparoscopico altro		

VERIFICA	ESEGUITA	NON PREVISTA
----------	----------	--------------

MEDICO DI REPARTO	identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	completezza della cartella clinica		
	presenza del foglio di terapia		
	marcatore del sito (lato/livello) con pennarello dermografico, confermato dal paziente		
	presenza del consenso informato chirurgico		
	presenza del consenso informato anestesiologicalo		
	allergie segnalate in cartella		
	prescrizioni anestesiologicalhe		
	prescrizione antibiotico-profilassi preoperatoria		
	prescrizione profilassi tromboembolia venosa		
	disponibilità di sangue se perdita di sangue stimata > 500 ml (7 ml/Kg bambini)		
<i>Firma del Medico di Reparto</i>			

INFERMIERE DI REPARTO	identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	presenza della cartella e documentazione clinica (immagini Rx, foto, barcode, etc)		
	necessità farmaci (antibiotici, altro) da portare in SO		
	presenza nulla osta anestesiologicalo		
	presenza della determinazione del gruppo sanguigno		
	presenza richiesta e disponibilità di sangue		
	somministrazione profilassi antibiotica		
	somministrazione profilassi tromboembolia venosa (mezzi fisici / eparina)		
	rimozione vestiario - pannolini		
	rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche e lenti a contatto		
	rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), smalto e trucco		
	rispetto del digiuno		
	preparazione intestinale		
	tricotomia		
	verifica pulizia del paziente		
	presenza catetere vescicale		
	premedicazione anestesiologicala		
verifica corretto posizionamento spondine della barella			
verifica presenza di defibrillatore impiantabile (se da disattivare)			
<i>Firma dell'Infermiere di Reparto</i>			

AZIENDA		BAR-CODE
U.O. Di.....		
SAFETY LIST PERIOPERATORIA - SIGN IN		
prima dell'induzione dell'anestesia		
SALA OPERATORIA N°		DATA
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		Urgenza SI NO
open endoscopico laparoscopico altro		

VERIFICA	ESEGUITA	NON PRESENTA
----------	----------	--------------

ingresso del paziente in Sala Operatoria alle ore	
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>	

INF. DI SALA	identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	corrispondenza dati anagrafici cartella-lista		
	avvenuta rimozione protesi		
	allergie a farmaci		
	avvenuta somministrazione antibiotico-profilassi		
	presenza della marcatura del sito chirurgico (lato/livello)		
	verifica corretto posizionamento spondine della barella		
	posizionamento pulsossimetro e verifica corretto funzionamento		
controllo integrità kit monouso			
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			

ANESTESISTA	verifica identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	conferma della procedura da eseguire da parte del paziente		
	presenza del consenso informato anestesilogico		
	corretta posizione del paziente sul letto operatorio		
	controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci)		
	valutazione gestione vie aeree		
	valutazione rischio di aspirazione		
	presenza pace-maker		
	presenza defibrillatore impiantabile		
disattivazione defibrillatore impiantabile, se presente *			
<i>Firma dell'Anestesista</i>			

CHIRURGO	identità del paziente		
	conferma della procedura da eseguire		
	verifica presenza del consenso informato chirurgico		
	corretta marcatura del sito chirurgico (lato/livello)		
<i>Firma del Chirurgo</i>			

AZIENDA		BAR-CODE
U.O. DI.....		
SAFETY LIST PERIOPERATORIA - SIGN OUT		
prima che il paziente lasci la sala operatoria		
SALA OPERATORIA N°		
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		DATA
open <input type="checkbox"/> endoscopico <input type="checkbox"/> laparoscopico <input type="checkbox"/> altro		Urgenza SI NO

VERIFICA	ESEGUITA	NON PREVISTA
----------	----------	--------------

INF STRUM	avvenuta conta delle garze, strumenti, etc.		
	richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione		
<i>Firma dell'Infermiere Strumentista</i>			

CHIRURGO	avvenuta conta delle garze, strumenti, etc. (per presa visione)		
	richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione		
	descrizione intervento chirurgico		
	piano profilassi tromboembolismo post-operatorio		
	aggiornamento terapia sul foglio unico di terapia (FUT)		
<i>Firma del Chirurgo</i>			

ANESTESISTA	stato di coscienza e condizioni cardio-respiratorie		
	compilazione della cartella anestesologica		
<i>Firma dell'Anestesista</i>			

INFERMIERE DI SALA	stato di coscienza conservato		
	valutazione parametri vitali: PA - FC -SO2		
	presenza e corretto funzionamento dei drenaggi		
	presenza catetere vescicale		
	presenza sondino nasogastrico		
	presenza elastomero o altro per terapia antalgica		
	verifica corretto posizionamento spondine della barella		
	riconsegna cartella e documentazione clinica		
eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici della Sala Operatoria			
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			

il paziente lascia la sala operatoria alle ore			
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			