	<p><b>Azienda USL Pescara</b>  <b>Direttore Generale Dr. C. D'Amario.</b></p> <p><b>U.O.O. Risk Management</b>  <b>Responsabile Dr. ssa Anna Maria Ambrosi.</b></p>	
<p><b>Rev. 0</b>  <b>Giugno 2014</b></p>	<p><b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA:</b></p> <p>OPERARE IL PAZIENTE CORRETTO E IL SITO CORRETTO;</p> <p>PREPARARE E POSIZIONARE IN MODO CORRETTO IL PAZIENTE;</p> <p>PROMUOVERE UN'EFFICACE COMUNICAZIONE IN SALA OPERATORIA.</p>	<p><b>Pagine n° 18</b>  <b>(compresi gli allegati)</b></p>

Redazione	<p><b>U.O.S. Risk Management:</b>          Dr.ssa Annamaria Ambrosi;          Dott.ssa Marialetizia Quinto; Dott.ssa Tiziana Lombardi;</p> <p>Dr. Tullio Spina.</p>
Verifica Operativa	<p><b>Direttori/Dirigenti Medici//Coordinatori Infermieristici e Ostetriche</b></p>
Autorizzazione Pubblicazione	<p><b>Direzione Sanitaria AUSL Pescara</b></p>
Emissione	<p><b>Data:</b></p>

	Direzione Sanitaria Aziendale	U.O.S. Risk Management
	Dr. Fernando Guarino	Dr.ssa Anna Maria Ambrosi
Firma		

## INDICE

	Gruppo di lavoro	<b>Pag. 1</b>
	Indice	<b>Pag. 2</b>
<b>1</b>	Definizioni e acronimi	<b>Pag. 3</b>
<b>2</b>	Premessa	<b>Pag. 4</b>
<b>3</b>	Scopo e campo di applicazione	<b>Pag. 4</b>
<b>4</b>	Obiettivo n°1. Operare il paziente corretto e il sito corretto	<b>Pag. 5</b>
<b>4.1</b>	Obiettivo	<b>Pag. 6</b>
<b>4.2</b>	Ambiti di applicazione	<b>Pag. 6</b>
<b>4.3</b>	Azioni	<b>Pag.6</b>
<b>5</b>	Obiettivo n ° 4: Preparare e posizionare in modo corretto il paziente	<b>Pag. 8</b>
<b>5.1</b>	Modalità operative	<b>Pag.8</b>
<b>6</b>	Obiettivo n ° 12: Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria	<b>Pag.10</b>
<b>6.1</b>	Modalità Operative	<b>Pag.10</b>
<b>7</b>	Attivazione segnalazione evento sentinella	<b>Pag.11</b>
<b>8</b>	Responsabilità del processo	<b>Pag.11</b>
<b>9</b>	Tempi di attuazione	<b>Pag.11</b>
<b>10</b>	Distribuzione e conservazione	<b>Pag.11</b>
<b>11</b>	Implementazione e Aggiornamento	<b>Pag.11</b>
<b>12</b>	Allegati alla procedura	<b>Pag.12</b>

## 1. DEFINIZIONI ED ACRONIMI:

**Equipe operatoria:** comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici non è attribuibile al singolo chirurgo, ma a tutti i componenti dell'équipe.

**Evento avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

**Interventi chirurgici:** sono tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore.

**Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti:** sono tutte le indicazioni, rivolte alle strutture sanitarie e/o ai professionisti, finalizzate alla riduzione del rischio di occorrenza di eventi avversi e prodotte da istituzioni del SSN nell'ambito del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella proposto dal Ministero della salute.

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

**OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità)

**UO:** Unità Operativa

**ObM:** Obiettivo Ministeriale per la sicurezza in sala operatoria.

Obiettivo 1	Operare il paziente corretto e il sito corretto.
Obiettivo 2	Prevenire la ritenzione di materiale estaneo al 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 e 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	Gestire la corretta redazione del registro operatorio.
Obiettivo 15	Gestire una corretta documentazione anestesilogica.
Obiettivo 16	Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria.

*"Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella", Osservatorio Nazionale sugli Eventi sentinella del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali:*

### **Procedura in paziente sbagliato:**

Evento sentinella n°1, è descritto come esecuzione di procedura chirurgica o invasiva su paziente diverso da quello che necessita l'intervento.

### **Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata ( lato, organo o parte):**

Evento sentinella n°2, è descritto come esecuzione di una procedura chirurgica sul paziente corretto, ma su un lato, organo o parte del corpo sbagliata.

Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici o le procedure invasive ( ad esempio radiologia interventistica), eseguiti in urgenza, in regime di ricovero ordinario/ day surgery e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

### **Errata procedura su paziente corretto:**

Evento sentinella n°3, è descritto come esecuzione di una procedura diagnostica terapeutica diversa da quella prescritta.

Questi eventi mettono in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori, pazienti/familiari. In particolare possono essere dovuti ad errori di compilazione, di trasferimento e/o di scambio della documentazione clinica, di difficoltà nella comprensione e non adeguata richiesta e controllo delle informazioni alla persona assistita e ai familiari

## 2. PREMESSA

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato ottobre del 2009 il Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria (disponibile e consultabile sul sito:

[http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1119\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf)).

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

In considerazione che :

- **La procedura in paziente sbagliato;**
- **La procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata ( lato, organo o parte);**
- **L'errata procedura su paziente corretto;**

sono individuati come eventi sentinella, che il Ministero definisce come **eventi inattesi** correlati al processo assistenziale e che comportano al paziente un danno non intenzionale e indesiderabile,

**è necessario:**

- **Diffondere ed implementare le raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza in sala operatoria attraverso un processo di adattamento e contestualizzazione**

Pertanto l'Ufficio Rischio Clinico dell'Azienda, ha provveduto ad introdurre quanto previsto dal Decreto del Commissario ad acta n.10 del 10 febbraio 2014 e dal documento ministeriale, senza modificarne il senso, adattando le indicazioni in essi contenuti al contesto operativo aziendale.

Gli obiettivi specifici, oggetto della procedura, sono:

Obiettivo 1	Operare il paziente corretto e il sito corretto
Obiettivo 4	Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
Obiettivo12	Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria

## 3.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE:

La presente procedura definisce modalità e responsabilità relative a:

- ✓ corretta identificazione del paziente, della sede anatomica d'intervento e della procedura chirurgica da eseguire (obiettivo 1)
- ✓ corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio per assicurare la migliore esposizione chirurgica possibile e condizioni ottimali di omeostasi respiratoria e cardiovascolare, al fine di prevenire eventuali danni fisici da compressione e/o stiramento su strutture nervose, articolazioni e/o tessuti (obiettivo 4)
- ✓ promozione di una efficace comunicazione in sala operatoria (obiettivo 12).

#### 4.OBIETTIVO ministeriale n°4.

#### OPERARE IL PAZIENTE CORRETTO E IL SITO CORRETTO

**Riferimenti: Raccomandazione n. 3, Marzo 2008 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura".**

**"Le procedure chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliata e le procedure errate possono causare gravi danni ai pazienti".**

##### **4.1 OBIETTIVO.**


Garantire la corretta procedura al corretto paziente sul corretto sito.  
Standardizzare la procedura e omogeneizzare i comportamenti.

##### **4.2. Ambiti di applicazione**

Il contenuto del presente documento si applica su tutte le procedure chirurgiche ed invasive, che vengono eseguite in Sala operatoria o in altri "setting" ospedalieri.

**DOVE**  in tutte le Unità Operative di Chirurgia generale e specialistica, Complessi operatori, Ambulatori protetti e Radiologia interventistica della AUSL di Pescara;

**A CHI**  a tutti gli Operatori sanitari coinvolti in attività di tipo chirurgico o che effettuano procedure di tipo invasivo;

**QUANDO**  nel periodo di preparazione all'intervento o procedura invasiva (giorni - ore prima dell'intervento), nel periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria ed in quello immediatamente precedente l'inizio dell'intervento;

È importante che la procedura di identificazione abbia inizio già al momento della preparazione del paziente in reparto di degenza e possa coinvolgere in momenti successivi tutti gli operatori che vengono a contatto con il paziente.

**4.3 AZIONI ( Allegato 1: le cinque fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura).**

**A) PERIODO DI PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO (NEI GIORNI O NELLE ORE CHE PRECEDONO L'INTERVENTO):**

**1° Fase Consenso informato** (vedi: Procedura Aziendale per l'informazione al paziente ed acquisizione del consenso all'atto sanitario);

Ai fini della presente procedura in aggiunta a tutte le informazioni che, secondo le norme vigenti, devono essere fornite al paziente per l'accurato e consapevole consenso, occorre che il consenso informato contenga almeno le seguenti informazioni:

- Nome del paziente;
- Nome e descrizione della procedura;
- Sede dell'intervento (organo, parte, livello del corpo);
- Lateralità della procedura;
- Motivazioni per cui viene effettuata.


**2° Fase: Contrassegnare il sito operatorio:**

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

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

### **Costituiscono eccezioni:**

- interventi su organi singoli;
- chirurgia d'urgenza in cui non è prevista una fase preoperatoria di pianificazione dell'intervento;
- procedure interventistiche in cui il sito di inserzione del catetere o dello strumento non è predeterminato (cateterismo cardiaco);
- interventi bilaterali simultanei;
- neonati prematuri in cui l'utilizzo del pennarello indelebile può causare un tatuaggio permanente.

**COME**  Il sito chirurgico deve essere contrassegnato con un pennarello indelebile, affinché il segno rimanga visibile anche dopo l'applicazione di soluzioni per la preparazione della cute.

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

**CHI**  Il simbolo deve essere tracciato dall'operatore che effettuerà l'intervento oppure da un suo delegato, precedentemente individuato, che sarà presente al momento dell'intervento.

Il contrassegno **NON** deve essere effettuato dai pazienti e/o familiari.

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 con certezza.

### **B) PERIODO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'INGRESSO IN SALA OPERATORIA:**

#### **3° Fase: Identificazione del paziente**

- Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive, un componente dell'équipe deve chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento ed il sito chirurgico.
  - Il personale deve verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica, il consenso informato e, laddove presenti, con il braccialetto di identificazione o altri sistemi analoghi.
- 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 con certezza.

### **C) PERIODO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'INTERVENTO (IN SALA OPERATORIA):**

#### **4° Fase: "Time Out"**

- Prima di iniziare l'intervento, all'interno della sala operatoria, deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico.
- Tale verifica deve coinvolgere l'intera équipe operatoria;
- Deve essere utilizzata una comunicazione attiva e partecipata di tutti i componenti.

#### **Il metodo del time out prevede che:**

- Un componente dell'équipe dichiara il nome del paziente, la procedura da effettuare, il sito e la lateralità, laddove richiesta, la posizione del paziente e ogni altra informazione rilevante per la sicurezza dell'intervento (es. la presenza dei dispositivi necessari, quali protesi, valvole cardiache ecc.).
- Tutti i componenti dell' équipe devono essere d'accordo con quanto esposto e devono essere chiarite le eventuali discrepanze emerse.

**5° Fase: "Controllo in doppio" ("double check")**

- Confermare l'identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico controllando le immagini radiografiche;
- Il controllo deve essere effettuato in doppio, da due componenti dell'équipe ;
- Il primo controllo deve essere effettuato dall'operatore che esegue l'intervento;
- Il secondo controllo deve essere effettuato da un altro componente dell'équipe, per confermare le informazioni riguardanti la corretta identità del paziente, la correttezza della procedura e del sito chirurgico.

#### 5.OBIETTIVO ministeriale n°4:

##### **PREPARARE E POSIZIONARE IN MODO CORRETTO IL PAZIENTE**

Il corretto posizionamento del paziente costituisce uno dei momenti più importanti del processo di assistenza del paziente in sala operatoria, poiché un errore in tale ambito può comportare gravi danni al paziente spesso con lesioni nervose permanenti e di notevole entità.

Ove ritenuto necessario, il posizionamento sul letto operatorio può essere provato a paziente vigile e cooperante.

Per il posizionamento del paziente sono necessari almeno due operatori e per alcune posizioni particolari può essere necessaria la collaborazione di un numero maggiore di operatori.

Le funzioni o strutture anatomiche che possono essere danneggiate a causa di posture non corrette riguardano **il sistema respiratorio** (limitata espansione polmonare, stasi, alterato rapporto ventilazione/perfusione), **il sistema circolatorio** (cefalea vascolare, edema cerebrale, ischemia miocardica, diminuita perfusione degli organi), **il sistema nervoso/muscolare** (stiramenti, neuropatie, dolori articolari postoperatori), **l'apparato tegumentario** (piaghe da decubito e alopecia) e **l'apparato visivo** (cheratiti, congestione congiuntivale e cecità).

Per i pazienti a rischio di lesioni da decubito, è indicato l'utilizzo di **cuscini/materassi/presidi in polimero visco-elastico** o sistemi a pressione alternata.

Non utilizzare cuscini ad acqua o gonfiabili costituiti da materiale plastico che aumenta la temperatura della superficie cutanea .



## 5.1 MODALITA' OPERATIVE

QUANDO	CHI	COME
Al momento della definizione del programma operatorio	Chirurgo 1° operatore	Identifica la posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo d'intervento e alla tecnica chirurgica, compatibilmente con le necessità di assicurare le migliori condizioni di omeostasi respiratoria e cardiovascolare.
	Anestesista	Collabora con il 1° Operatore nell'identificare la posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo d'intervento e alla tecnica chirurgica, compatibilmente con le necessità di assicurare le migliori condizioni di omeostasi respiratoria e cardiovascolare.
	Chirurgo 1° Operatore Anestesista/Infermiere	<b>Verificano:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eventuali presenza di aree ad alto rischio;</li> <li>➤ Preesistenti limitazioni funzionali articolari al collo ed agli arti.</li> </ul>
Prima del posizionamento del paziente sul tavolo operatorio	Infermiere di sala operatoria/OSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllano il letto operatorio prima di trasferirvi sopra il paziente, assicurandosi che sia bloccato e preparato correttamente con gli accessori imbottiti giusti.</li> <li>• Controllano che i presidi e i congegni per il posizionamento dei malati siano disponibili, puliti e appropriati prima dell'inizio delle procedure.</li> </ul>
Durante il posizionamento sul tavolo operatorio	Anestesista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestisce il capo del paziente</li> <li>• Protegge gli occhi</li> <li>• Assicura il mantenimento delle vie aeree</li> </ul>
	Infermiere di sala operatoria/OSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posizionano il paziente secondo le indicazioni del 1° Operatore e dell'Anestesista;</li> <li>• Assicurano la protezione dei punti a rischio di lesione;</li> <li>• Verificano l'assenza di mollette, forcine e simili, nascoste tra i capelli o dalla cuffia od ogni altro oggetto che può essere pericoloso per il paziente;</li> <li>• Spostano il paziente prestando attenzione ad eventuali tubi, drenaggi, cateteri etc.</li> </ul>
Durante l'intervento	Infermiere di sala operatoria/OSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllano e mantengono l'allineamento del corpo e l'integrità dei tessuti del paziente;</li> <li>• Controllano con l'Anestesista la posizione del tubo endotracheale prima di spostare il paziente nel caso sia necessario modificarne la posizione.</li> </ul>

## 6. OBIETTIVO ministeriale n°12:

### PROMUOVERE UN'EFFICACE COMUNICAZIONE IN SALA OPERATORIA

Una frequente causa di errori sanitari ed eventi avversi, che possono generare gravi danni ai pazienti, è rappresentata dai fallimenti della comunicazione, quali omissioni di informazioni, errate interpretazioni, conflitti intercorrenti tra i componenti dell'équipe.

Il Manuale Ministeriale per la sicurezza in sala operatoria, nel promuovere un'efficace comunicazione, enfatizza tre aspetti particolarmente decisivi: la fase pre-operatoria, la fase postoperatoria e le caratteristiche della documentazione sanitaria del paziente.

I Direttori di U.O. devono favorire le discussioni interdisciplinari per assicurare un'adeguata pianificazione e preparazione di ogni intervento chirurgico, rafforzando i processi di comunicazione all'interno dell'équipe. L'applicazione della checklist in tutte le fasi di sign - in, time - out e sign - out favorisce i processi di comunicazione all'interno dell'équipe chirurgica.

#### 6.1 MODALITÀ OPERATIVE

QUANDO	CHI	COME
Fase preoperatoria	Chirurgo 1° operatore	Deve sempre assicurarsi che i componenti dell'intera équipe siano informati su: <ul style="list-style-type: none"><li>• Criticità dell'atto operatorio</li><li>• Entità del rischio emorragico</li><li>• Uso di eventuali dispositivi necessari per l'intervento (strumenti, impianti e apparecchiature per la diagnostica per immagini intra-operatoria o di anatomia patologica)</li><li>• Qualsiasi eventuale variazione tecnica rispetto alla procedura standard</li></ul> Attraverso modalità di comunicazione tracciabili definite all'interno della propria U.O.
	Anestesista	Deve comunicare ai componenti dell'équipe le eventuali criticità legate alle condizioni cliniche del paziente.
	Infermiere	Deve comunicare ai componenti dell'équipe operatoria eventuali criticità organizzative, come ad esempio la non disponibilità di particolari strumentazioni.
Fase postoperatoria	Chirurgo 1° operatore	Deve informare i componenti dell'équipe operatoria di <ul style="list-style-type: none"><li>• Tutte le eventuali variazioni apportate alla strategia chirurgica nel corso della procedura;</li><li>• Possibili problematiche postoperatorie e degli elementi essenziali;</li><li>• Piano postoperatorio (antibiotici, profilassi della trombosi venosa profonda, drenaggi e medicazioni della ferita).</li></ul>
	Anestesista	Deve <ul style="list-style-type: none"><li>• Riferire ai componenti dell'équipe le condizioni cliniche del paziente registrate durante l'intervento;</li><li>• Dare tutte le istruzioni necessarie per garantire un sicuro recupero nel postoperatorio.;Le consegne devono essere dedicate e differenziate a seconda che si trasferisca il paziente in reparto o in terapia intensiva.</li></ul>
	Infermiere	Deve rendere note all'équipe eventuali problematiche riscontrate durante l'intervento o nella fase postoperatoria.

*Tutte le informazioni riguardanti il paziente chirurgico devono essere registrate nella documentazione sanitaria in modo accurato e completo e devono recare la firma di chi le ha riportate.*

## 7. ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DEGLI EVENTI SENTINELLA

Nel caso in cui si verificasse l'evento sentinella, cioè si rendesse evidente che la procedura chirurgica è stata effettuata sul paziente sbagliato o sulla parte del corpo sbagliata o sia stata effettuata la procedura errata è obbligatorio effettuare il più tempestivamente possibile la segnalazione dell'evento.

L'operatore sanitario (medico, infermiere, tecnico ) deve comunicare all'U.O.S Risk Management quanto accaduto utilizzando la scheda di segnalazione evento sentinella ( All. 2).

## 8. RESPONSABILITA' DEL PROCESSO

**Rispetto allo scopo-risultato della presente procedura:**

**Tutti gli operatori dell'azienda di tutte le qualifiche/ruoli** che, per ragioni della loro funzione di natura professionale o anche tecnico-operativa, sono tenuti ad identificare correttamente ogni utente/paziente ai fini della sicurezza di tutte le prestazioni chirurgiche e invasive,

E' attribuita a ciascuno la responsabilità individuale di:

- dover conoscere i contenuti del presente protocollo;
- adottare sistematicamente il presente protocollo, a sostegno dei propri comportamenti operativi

**Alla U.O.S. di Risk Management aziendale** è attribuita la responsabilità di:

- adottare le migliori azioni organizzative di diffusione/conoscenza e sostegno all'implementazione dello stesso a livello aziendale, anche mediante sistemi di coinvolgimento "a cascata" e di possibili percorsi formativi sul campo
- presidiare/verificare, anche di concerto altre funzioni aziendali, periodici sistemi di audit finalizzati alla verifica della responsabile adozione di tale policy sicurezza, da parte di tutti gli operatori

**A ciascun Direttore/Dirigente U.O. Responsabile dei diversi P.O. ai Referenti del Rischio Clinico, e a ciascun Coord. delle aree Infermieristica Ostetrica e Tecnico-Sanitaria delle singole UUOO** è attribuita la responsabilità di:

- diffondere, rendere accessibile e far conoscere a tutti gli operatori la presente procedura entro la rispettiva U.O., per la propria area di afferenza degli stessi, ivi compresi i nuovi neo-assunti;
- verificare e controllare sistematicamente la corretta adesione ai contenuti della presente procedura, rispetto ai comportamenti tecnico-professionali di processo di ciascun operatore del proprio staff.

## 9. TEMPI DI ATTUAZIONE

Il presente documento entra in vigore dalla data della sua approvazione e sarà consultabile sul sito della ausl di pescara [www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it)

## 10. DISTRIBUZIONE E CONSERVAZIONE

Questo documento originale viene conservato dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dall'U.O.S di Risk Management. Una copia viene conservata e dalle Direzioni Mediche dei PP.OO. che provvederanno alla distribuzione del documento.

Tutte le strutture che lo ricevono, e a cui è richiesta l'adozione, devono assicurare l'accessibilità dello stesso da parte di tutti i professionisti interessati e, inoltre, devono essere in grado di dimostrare che tutto il personale abbia letto e conosca le informazioni e i documenti di loro competenza.

## 11. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO






La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica, sulla scorta di eventuali ulteriori Raccomandazioni Ministeriali e sulla base delle evidenze emerse e dei risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

## 12. ALLEGATI alla procedura:

- Allegato 1: Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura;*
- Allegato 2: Scheda segnalazione evento sentinella;*
- Allegato 3: Posizionamento paziente.*



## Allegato 1: Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura

<p><b>A. Periodo di preparazione all'intervento (giorni o ore precedenti l'intervento)</b></p>	<p><b>B. Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria</b></p>	<p><b>C. Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)</b></p>
<p><b>1° Fase: Consenso informato</b> Deve includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome del paziente</li> <li>• Nome della procedura</li> <li>• Sito e lato dell'intervento</li> </ul> 	<p><b>3° fase: Identificazione del paziente</b> Un componente dell'equipe deve chiedere al paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e cognome</li> <li>• Data di nascita</li> <li>• Motivazione dell'intervento</li> <li>• Sito e lato</li> </ul> 	<p><b>4° Fase: "Time Out"</b> Prima dell'intervento deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• corretta identificazione del paziente</li> <li>• corretta procedura chirurgica</li> <li>• corretto posizionamento del paziente</li> <li>• corretta sede e lato</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>TIME OUT</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Il TIME OUT deve coinvolgere l'intera equipe operatoria.</i></p> 
<p><b>2° Fase: Marcare il sito operatorio</b> Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'equipe che effettuerà l'intervento</p>  <p style="text-align: center;"><i>NON contrassegnare altre parti al di fuori del sito operatorio</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>CONTROLLARE che le risposte siano congruenti rispetto alla documentazione clinica, al consenso informato, al sito contrassegnato e ad eventuali sistemi di identificazione.</i></p>	<p><b>5° Fase: "Double Check"</b> Due componenti dell'equipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identità del paziente</li> <li>• sito chirurgico</li> </ul> 

Adattato da National Center for Patient Safety, Department of Veterans Affairs





**AZIENDA AUSL PESCARA**

Ufficio di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico

Dirigente Medico Responsabile Dr.ssa AnnaMaria Ambrosi

Tel.085 4253025 /fax 085425380 e.mail: annamaria.ambrosi@ausl.pe.it

REV. 0/2013

ALL. 2

**Scheda di segnalazione di evento sentinella**

**Dati relativi all'U.O. e all'Operatore**

**Struttura aziendale:** PP.OO. : Pescara  Penne  Popoli  D.S.B.  di .....  
Dipartimento  di.....  
Unità Operativa  di .....

**Compilatore:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Qualifica: Medico  Infermiere  Altro  specificare.....

**TIPOLOGIA DI EVENTO SENTINELLA**

Indicare con il simboloX sulla terza colonna l'Evento sentinella che è avvenuto.

1	Procedura in Paziente sbagliato	
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata ( lato, organo o parte)	
3	Errata procedura su paziente corretto	
4	Strumento o altro materiale lasciata all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriore procedura	
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al parto	
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	
9	Morte o grave danno per caduta di paziente	
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	
11	Violenza su paziente	
12	Atti di violenza a danno di operatore	
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto ( intraospedaliero, extraospedaliero)	
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	

**DATI RELATIVI ALL'EVENTO**

Data...../...../...../ Ora.....

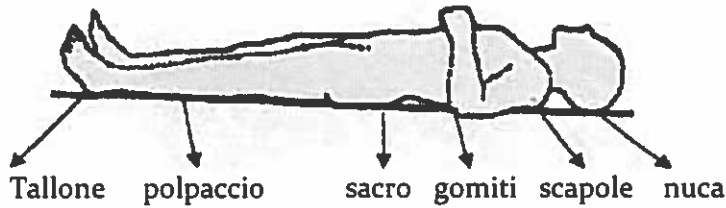
Luogo dove si è verificato l'evento: (es. reparto di degenza, ambulatorio, sala operatoria, ambulanza)\_\_\_\_\_





**POSIZIONE SUPINA**

Nella posizione supina il paziente giace sulla schiena. Il Rachide è in asse con il resto del corpo.  
 Le braccia generalmente sono posizionate lungo il tronco o abdotte di circa 90°.  
 Le aree a rischio di sviluppo di lesione da pressione sono dettagliate di seguito:  
 (tallone, polpaccio, sacro, gomiti, scapole, nuca)

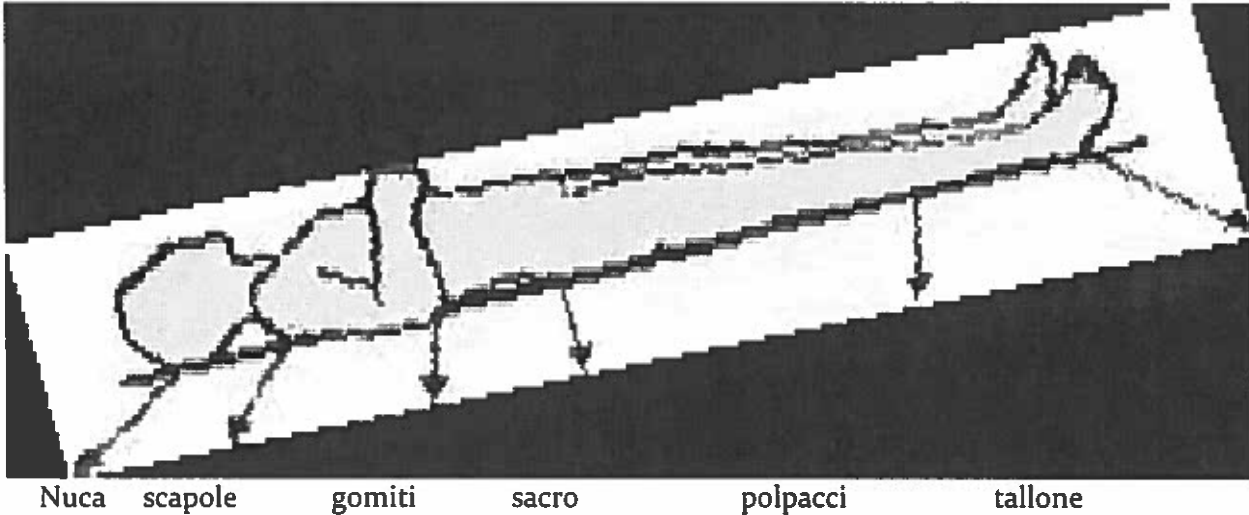


RISCHI POSIZIONE SUPINA	PREVENZIONE DEI DANNI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheratiti;</li> <li>• Cecità;</li> <li>• Congestione congiuntivale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteggere gli occhi umidificando la cornea con soluzione fisiologica, chiudendo le palpebre e proteggendole con compresse adesive oculari (soft ocular pad) o se non disponibile tale presidio utilizzare delle garze assicurate con un cerotto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesione del nervo cutaneo laterale dell'anca;</li> <li>• Trauma dello sciatico;</li> <li>• Popliteo esterno;</li> <li>• Trauma del tibiale posteriore e anteriore.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteggere i punti di compressione (tra superficie corporea e letto operatorio);</li> <li>• Posizionare un cuscino a livello dei popliti, in modo da flettere leggermente le gambe (di circa 15°) per alleviare stiramento del rachide;</li> <li>• Nei pazienti con accentuata lordosi occorre posizionare un cuscino anche nella regione lombare</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni del nervo ulnare;</li> <li>• Lesione del nervo radiale;</li> <li>• Stiramento del plesso brachiale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le braccia devono essere posizionate a seconda delle specifiche necessità preferendo negli interventi di lato, ove non controindicato che l'arto esteso sia opposto a quello del lato del sito chirurgico;</li> <li>Le braccia possono essere:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- assicurate lungo il corpo con straps morbide e non strette;</li> <li>- flesse sul petto del paziente;</li> <li>- estese su reggibraccia con:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>avambraccio pronato;</li> <li>capo del paziente ruotato di 15° verso lo stesso lato;</li> <li>angolo di abduzione del braccio rispetto al corpo sempre inferiore ai 90°c.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Evitare che la mano rimanga compressa tra il paziente ed il morsetto del supporto laterale o che sia schiacciata dal peso del paziente stesso compromettendone la perfusione.</p>

## POSIZIONE DI TRENDELENBURG

Posizione particolare che si fa assumere al malato, posto supino sul letto operatorio, inclinando il lettino obliquamente in modo che la testa si trovi più in basso del bacino.

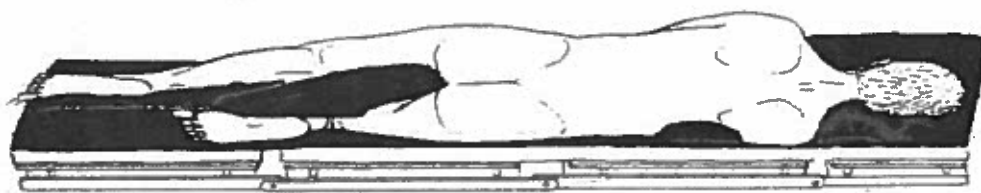
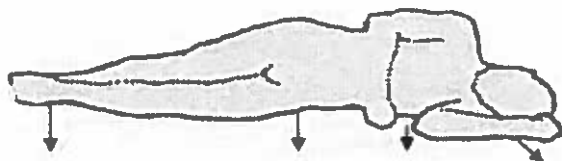
Le aree a rischio di sviluppo di lesione d pressione sono dettagliate di seguito:



RISCHI POSIZIONE TRENDELENBURG	PREVENZIONE DANNI
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento del ritorno venoso</li><li>• Aumento della pressione intracranica ed intraoculare</li><li>• Diminuzione compliance polmonare e capacità vitale</li><li>• Aumento pressione intragastrica</li><li>• Stasi venosa del capo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limitare il grado d'inclinazione;</li><li>• Non prolungare oltre il necessario il tempo di permanenza;</li><li>• Valutare costantemente gli effetti del posizionamento e ove necessario avvisare il 1° Operatore della necessità di modificare il posizionamento.</li></ul>

## POSIZIONE LATERALE

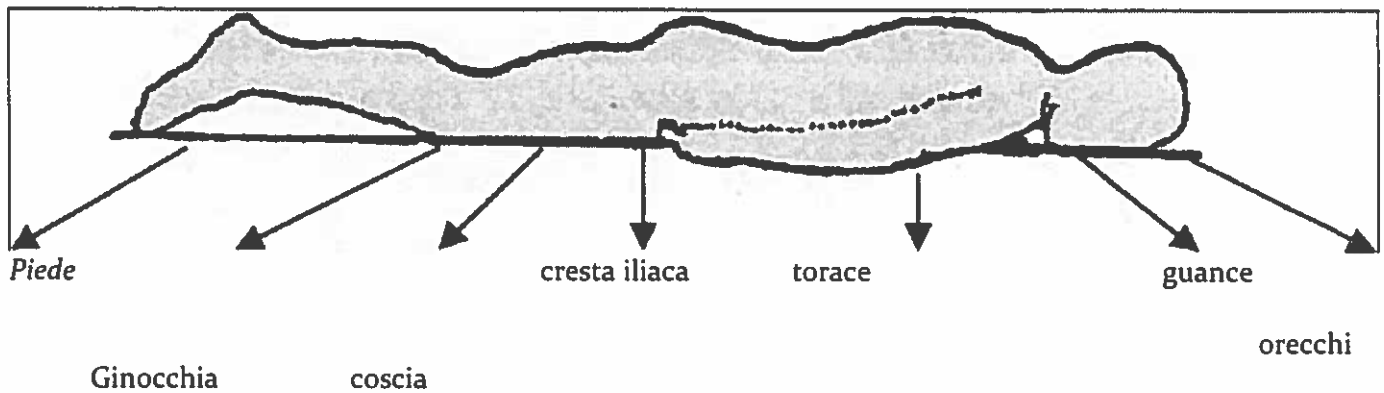
Nella posizione laterale il paziente viene adagiato su di un fianco. Il capo, il collo e la colonna devono essere sullo stesso piano cioè allineati. Le aree a rischio di sviluppo di lesione da pressione



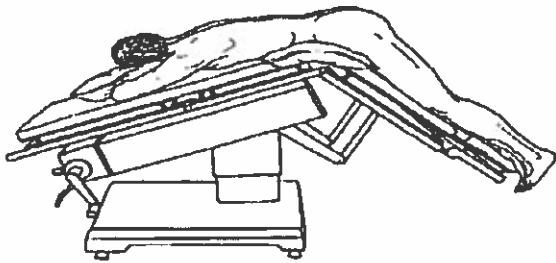
RISCHI POSIZIONE LATERALE	PREVENZIONE DEI DANNI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilità della posizione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posizione del tronco deve essere mantenuta da supporti stabilizzatori imbottiti:               <ul style="list-style-type: none"> <li>· anteriore, posto sulla superficie toraco-sternale;</li> <li>· posteriore, imbottito, sul gluteo.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesione del nervo cutaneo laterale dell'anca da compressione sulla spina iliaca</li> <li>• Lesione del nervo peroneale comune da compressione sulla testa tibiale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'arto inferiore del lato su cui il paziente poggia va flesso,</li> <li>• l'altro va esteso;</li> </ul> <p>tra loro deve essere posizionato un cuscino/presidio antidecubito per contenerne l'adduzione e ridurre il contatto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sovraccarico eccessivo della spalla a contatto con il letto</li> <li>• Stiramento del plesso brachiale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per evitare il sovraccarico eccessivo sulla spalla a contatto con il letto utilizzare cuscini e rulli ascellari di protezione. L'arto superiore deve essere flesso su un supporto all'altezza del capo del paziente, a non meno di 30 cm di distanza.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dislocazione del tubo endotracheale da flessione o estensione del capo durante il posizionamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La testa deve essere posizionata in asse con il rachide; Verificare l'assenza di compressione del circuito respiratorio o altro, sul volto del paziente.</li> </ul>

## POSIZIONE PRONA

Il paziente giace “a pancia in giù” con la testa ruotata lateralmente. Le aree a rischio di sviluppo di lesione da pressione sono dettagliate di seguito:



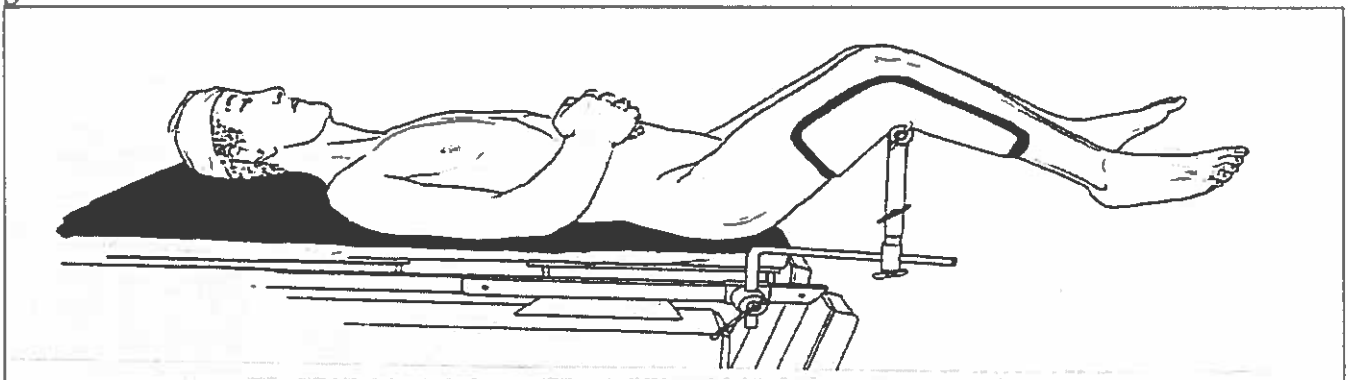
RISCHI POSIZIONE PRONA	PREVENZIONE DEI DANNI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compressione del nervo ulnare sul margine del letto operatorio</li> <li>• Stiramento del plesso brachiale</li> </ul>	Abdurre le braccia a 90° dal corpo con gli avambracci flessi in pronazione per evitare lo stiramento del nervo ulnare e del plesso brachiale.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equinismo dei piedi</li> </ul>	Posizionare a livello delle caviglie e degli arti inferiori, un presidio anti decubito per evitare l'iper estensione dei piedi.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ristagno venoso vasi del collo e compressione degli occhi e del naso</li> </ul>	Ruotare lateralmente il capo su un cuscino, o a faccia in giù su apposito supporto forato.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stiramento del nervo sciatico per estensione degli arti inferiori</li> </ul>	Flettere moderatamente le anche e le ginocchia per evitare lo stiramento del nervo sciatico.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compressione toracoaddominale</li> </ul>	Collocare un sostegno in corrispondenza del torace per evitare la riduzione dell'escursione diaframmatica e il ritorno venoso.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dislocamento e/o inginocchiamento del tubo endotracheale</li> </ul>	Verificare l'assenza di compressione del circuito respiratorio o altro sul volto del paziente.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dislocamento e/o inginocchiamento del catetere urinario, linee infusionali, ect</li> </ul>	Verificare l'assenza di compressione, inginocchiamento, dislocamento di tutte le vie infusionali e del catetere vescicale.



### POSIZIONE LITOTOMICA

Nella posizione litotomica, il paziente giace supino con uno o entrambe le braccia distese lateralmente al corpo, oppure estese a meno di 90 gradi sul reggi-braccio. Entrambe le estremità inferiori sono flesse a livello dell'anca e del ginocchio, ed entrambe le gambe sono simultaneamente elevate e separate. Per la maggior parte delle procedure ginecologiche ed alcune urologiche, le cosce della paziente sono flesse approssimativamente di 90 gradi sul tronco e le ginocchia sono piegate a sufficienza per mantenere la parte bassa delle gambe quasi parallela al pavimento.

Le aree a rischio di sviluppo di lesione da pressione sono **occipite scapola spalla gomito anca sacro ginocchio**



RISCHI POSIZIONE LITOTOMICA	PREVENZIONE DEI DANNI
<p><b>Lesione al nervo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>peroneale</b> comune per compressione dal lato esterno dell'asta reggigamba sulla testa della tibia;</li> <li>- <b>safeno</b> per compressione dal lato interno dell'asta reggi gamba sul condilo mediale della tibia</li> <li>- <b>femoro-cutaneo</b> per eccessiva flessione della gamba</li> <li>- <b>femorale e nervo sciatico</b> per eccessiva rotazione esternadell'arto inferiore</li> </ul>	<p>Fissare in modo adeguato le gambe ai supporti in modo da evitare trazionamenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Assicurarsi che le angolazioni o i bordi dei sostegni imbottiti non comprimano lo spazio popliteo o la parte superiore dorsale della coscia.</li> <li>· Proteggere i punti di compressione (tra superficie corporea e letto operatorio) con gli appositi dispositivi in gel o polimero visco-elastico</li> <li>· Posizionare un cuscino a livello dei popliti, in modo da flettere leggermente le gambe (di circa 15°) per alleviare lo stiramento del rachide</li> <li>· Evitare l'abduzione e/o l'eccessiva rotazione esterna delle gambe.</li> </ul>
<p>Lesione alle articolazioni dell'anca e del ginocchio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sollevare contemporaneamente gli arti che devono essere flessi contemporaneamente e posti su reggi gambe senza abduzioni o rotazioni.</li> <li>· Flettere la coscia a 90° e successivamente realizzare la rotazione esterna in abduzione a 45°.</li> </ul>
<p>Dolore lombare post operatorio per stiramento delle strutture legamentose dell'area lombosacrale.</p>	<p>Posizionare un supporto in gel o un manicotto gonfiabile sotto la spina lombare prima dell'induzione dell'anestesia, per aiutare a conservare la lordosi e ad aumentare il confort del paziente notoriamente affetto da dolore lombare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Riportare le gambe su un piano sagittale, e poi abbassarle lentamente e contemporaneamente sul piano</li> </ul>

	del tavolo, per minimizzare lo stress di torsione sulla colonna lombare che potrebbe verificarsi se ciascuna gamba fosse abbassata singolarmente.
Ipotensione al ritorno alla posizione supina.	Riportare le gambe su un piano sagittale, e poi abbassarle lentamente e contemporaneamente sul piano del tavolo. Ciò consente un graduale adattamento all'aumento della capacitanza circolatoria, evitando in tal modo improvvisa ipotensione.