



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI**



Via Coppino, 26 - 07100 SASSARI – C.F. - P. IVA 02268260904

DELIBERAZIONE N. 174 DEL 30/03/2017

Oggetto: Adozione scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico, SISPaC	
Struttura Proponente Servizio Produzione Qualità Risk Management	Conto di Costo _____
Direttore della Struttura Proponente Dott.ssa Antonella A. Viridis	Responsabile del Procedimento Dott.ssa Antonella A. Viridis
Estensore: Dott.ssa Elisa Mara	
<p>Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.</p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott.ssa ANTONELLA VIRDIS Firma </p> <p>Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiaro inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio. Il presente provvedimento contiene dati sensibili Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Il Responsabile del procedimento: Dott. Data 28/03/2017 Firma _____</p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott. SSA ANTONELLA VIRDIS Data 28/03/2017 Firma </p>	
<p>Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso</p> <p><input type="checkbox"/> È <input type="checkbox"/> NON È (le motivazioni sono allegate alla presente)</p> <p>coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica.</p> <p>Spesa prevista _____ C.E. n. _____</p> <p>Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu Data _____ Firma _____</p>	
<p>Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016)</p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Data 30/03/17 Firma </p>	
<p>Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016)</p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Data 30/03/2017 Firma </p>	
<p>La presente Deliberazione si compone di n.15 pagine, di cui n. 11 pagine di allegati che ne fanno parte integrante e sostanziale.</p>	

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PRODUZIONE, QUALITÀ E RISK MANAGEMENT

(Dott.ssa Antonella A. Viridis)

VISTO	il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e s.m.i;
VISTO	il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
VISTO	il Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 11.10.2004 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
VISTA	la D.G.R. n. 8/8 del 24.02.2015 con la quale è stato istituito il tavolo tecnico regionale per il miglioramento della sicurezza negli interventi chirurgici;
TENUTO CONTO	che dal 2009 è stato avviato nell'AOU di Sassari, con la delibera n. 615 del 02.11.2009, il progetto sperimentale di sicurezza del percorso perioperatorio proposto dal Servizio Produzione, Qualità e Risk Management in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali n° 2 e 3 sulla prevenzione degli eventi sentinella;
TENUTO CONTO	dei risultati della sperimentazione e conseguente adozione, nell' AOU di Sassari, con la delibera n. 121 del 24.03.2010, della scheda perioperatoria e del registro delle apparecchiature di sala operatoria, elaborati dal Servizio Produzione, Qualità e Risk Management;
TENUTO CONTO	dei risultati del monitoraggio dell'utilizzo della scheda perioperatoria e del registro delle apparecchiature, della revisione dei due strumenti, e quindi della conseguente adozione della "Procedura di gestione della sicurezza del paziente chirurgico: scheda perioperatoria", con la delibera n. 352 del 05.05.2014;
PRESO ATTO	della D.G.R. n. 40/27 del 07.08.2015, con le relative linee di indirizzo regionali sulla sicurezza in chirurgia e dello strumento rappresentato dalla scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC);
TENUTO CONTO	che al fine di implementare il processo formativo SISPaC sono state già effettuate presso l'AOU di Sassari due giornate di formazione per formatori (Direttori di U.O. e Coordinatori CPSI);
RAVVISATA	la necessità di adottare la scheda SISPaC suindicata, per una prima fase sperimentale di un periodo di sei mesi, nelle UU.OO. aziendali chirurgiche,

PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

1. Di prendere atto della deliberazione regionale n. 40/27 del 07.08.2015 con relative linee di indirizzo sulla sicurezza in chirurgia, allegate alla presente delibera;
2. Di adottare, in via sperimentale, per un periodo di sei mesi, la Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico (SISPaC), che è parte integrante e sostanziale della suddetta deliberazione, in tutte le UU.OO. chirurgiche a partire dal 03.04.2017;
3. Di procedere ad un monitoraggio bimestrale al fine di verificare l'implementazione della SISPaC;
4. Di dare mandato alla Direzione Medica di Presidio per la distribuzione delle schede presso tutte le UU.OO. chirurgiche;

5. Di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l'Azienda;

IL RESPONSABILE
(Dott.ssa Antonella A. Viridis)



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio D'Urso

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

L'anno duemiladiciassette, il giorno 17/03/2017 del mese di MARZO, in Sassari, nella sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

PRESO ATTO della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Adozione scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico, SISPaC."

DATO ATTO che il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo hanno espresso parere favorevole;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

1. *Di prendere atto della deliberazione regionale n. 40/27 del 07.08.2015 con relative linee di indirizzo sulla sicurezza in chirurgia, allegate alla presente delibera;*
2. *Di adottare, in via sperimentale, per un periodo di sei mesi, la Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico (SISPaC), che è parte integrante e sostanziale della suddetta deliberazione, in tutte le UU.OO. chirurgiche a partire dal 03.04.2017;*
3. *Di procedere ad un monitoraggio bimestrale al fine di verificare l'implementazione della SISPaC;*
4. *Di dare mandato alla Direzione Medica di Presidio della distribuzione delle schede SISPaC presso tutte le UU.OO. chirurgiche;*
5. *Di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l'Azienda;*
6. *Di incaricare i servizi competenti dell'esecuzione del presente provvedimento.*

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Antonio D'Urso)

Antonio D'Urso 03/2017

La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari dal 30/03/2017 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile del Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione

(Dott.ssa Chiara Seazzu)

Chiara Seazzu



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015

Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia

PREMESSA

Lo scopo di questo documento è di definire a livello regionale un percorso comune sulla sicurezza degli interventi chirurgici. Le linee guida sono il frutto di un tavolo tecnico di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale composto da professionisti operanti nelle strutture del SSR.

La scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico (allegata alla presente) è stata elaborata sulla base delle checklist proposte dall'OMS e dal Ministero della Salute, ed integrata sulla base delle esperienze acquisite in ambito regionale, con attenzione al percorso perioperatorio e alla sicurezza del paziente chirurgico.

LO STRUMENTO PER LA SICUREZZA IN CHIRURGIA

Lo strumento su cui si fonda il percorso di sicurezza in chirurgia è rappresentato dalla Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico di sala operatoria (SISPaC). Il presente documento descrive il percorso della scheda che prende spunto dalla check list prevista dall'OMS e dal Ministero della Salute e si completa con ulteriori due fasi sulle quali si è ritenuto opportuno istituire un momento di confronto supportato da un documento cartaceo.

Il percorso si compone, pertanto, di 3 fasi:

- 1. Preparazione all'intervento chirurgico:** si svolge nel reparto o nell'area di accoglienza del paziente in sala operatoria e prevede la verifica della completezza della documentazione e la corretta identificazione del paziente;
- 2. Check list di sala operatoria:** si compone di 3 fasi:
 - a. SIGN IN: si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, e comprende i seguenti controlli:
 - identificazione del paziente;
 - verifica marcatura del sito chirurgico;
 - verifica controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature) e conferma del corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro;
 - identificazione e valutazione dei rischi del paziente (rischio di reazioni allergiche, di perdita ematica, di difficoltà di gestione delle vie aeree).



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- b. **TIME OUT**: è un breve momento di “pausa chirurgica” che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea, richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe attraverso:
- presentazione dell'équipe;
 - conferma dell'identità del paziente, del sito, della procedura chirurgica e del corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato;
 - anticipazione di eventuali criticità;
 - conferma della somministrazione della profilassi antibiotica, se prevista;
 - necessità di visualizzare le immagini.
- c. **SIGN OUT**: l'obiettivo è facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe e al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. Deve essere completato prima che il paziente abbandoni la sala operatoria, e può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica.
3. **Post operatorio**: comprende tutte le attività relative al rientro e alla presa in carico in sicurezza del paziente nella struttura di degenza post operatoria.

Nelle fasi della check list devono essere presenti tutti i componenti dell'équipe operatoria.

APPLICAZIONE

L'applicazione della SISPaC operatoria è obbligatoria in tutte le sue parti ed è applicata per qualsiasi procedura che venga svolta in sala operatoria.

È facoltativo l'utilizzo della SISPaC nei casi di emergenza laddove esista imminente pericolo di vita per il paziente tale per cui l'applicazione dello strumento potrebbe comportare un rallentamento nell'applicazione di procedure salva vita.

La SISPaC è recepita integralmente da parte di tutte le Aziende Sanitarie della Regione ed è parte integrante della cartella clinica.

È necessario garantire la sua applicazione, attraverso una serie di passaggi:

1. recepimento del documento da parte dei Commissari Straordinari/Direttori Generali che avranno il compito di diffonderlo agli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale al paziente chirurgico;
2. presentazione della SISPaC alle Aziende Sanitarie a cura del Tavolo Tecnico;
3. avvio di una fase, della durata di 6 mesi, per la sperimentazione dello strumento, al termine della quale il Tavolo tecnico procederà alla revisione della procedura;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4. organizzazione della formazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale al paziente chirurgico così come descritta al paragrafo successivo. La durata della fase di formazione degli operatori è di circa 12 mesi.

FORMAZIONE

Il Progetto Formativo “**SISPaC**” è un momento essenziale all’implementazione dello strumento. Il percorso è rivolto alle equipe di Sala Operatoria e al personale sanitario impegnato nella preparazione del paziente all’intervento chirurgico e alla sua accoglienza al termine dell’intervento.

OBIETTIVI: il percorso intende sensibilizzare i partecipanti alle tematiche del Rischio Clinico e all’uso dei nuovi strumenti attualmente disponibili per il contenimento degli errori e degli eventi avversi durante il percorso perioperatorio. I partecipanti avranno modo di analizzare e discutere in un ambiente interdisciplinare i diversi passaggi del processo di gestione del paziente chirurgico e di familiarizzare con lo strumento “SISPaC” messo a punto dal Tavolo Regionale.

DURATA: la formazione erogata si sviluppa nell’arco di 6/8 ore.

METODOLOGIA DIDATTICA: si utilizzano i principi dell’apprendimento attraverso il fare (learning by doing) e sulla sperimentazione di situazioni che stimolano la riflessione sia del singolo sia del team di lavoro. La formazione verrà erogata alternando diverse metodologie: lezione frontale, discussione di gruppo, analisi di casi studio, simulazioni, role-play, esercitazioni, ecc. I corsi coinvolgeranno un numero di discenti compatibile con tale tipologia didattica. La composizione d’aula dovrà garantire la multidisciplinarietà e l’appartenenza ai diversi profili professionali.

LOGISTICA: per un miglior rendimento dell’attività di formazione è raccomandato uno spazio possibilmente distante dalle normali attività ospedaliere, con una disposizione d’aula non tradizionale, che favorisca il dialogo e il confronto e dotata di idonea strumentazione.

DOCENTI: il personale responsabile della formazione d’aula dovrà possedere, sulla base del ruolo assegnato durante la formazione, consolidata esperienza nel ruolo di formatore, conoscenza dei principi del rischio clinico, conoscenza delle principali attività cliniche coinvolte nelle discussioni e familiarità con l’uso dello strumento negli ambienti a rischio.

I percorsi di formazione saranno accreditati ECM.

Il percorso deve essere caratterizzato da:

Estensione territoriale: tutte le ASL della regione saranno interessate dalla formazione; lo svolgimento dei corsi sarà inserito tra gli obiettivi aziendali e monitorato dalla RAS attraverso il questionario per il monitoraggio dei LEA.

Capillarità: verrà coinvolto il maggior numero possibile di professionisti dei blocchi operatori e di reparto di ogni ASL; al termine del percorso formativo dovrà essere formato almeno l’85% del



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

personale appartenente alle UO coinvolte e dovrà essere garantita la presenza del direttore e del coordinatore della struttura di riferimento.

Standardizzazione e adattamento: la formazione erogata dovrà essere omogenea per tutte le strutture, tenendo conto di eventuali percorsi già esperiti a livello locale.

Individuazione di local champions: in ogni Azienda verrà identificato un gruppo di persone che per primi riceveranno la formazione d'aula e che saranno in seguito dei punti di riferimento per l'implementazione della SISPaC e della sua filosofia applicativa. A questo gruppo è affidato il compito di portare consigli e soluzioni agli operatori su problematiche riscontrate durante l'applicazione della procedura. A tale scopo sarà istituita una sezione nei siti aziendali alla quale rivolgersi in caso di necessità e per l'inserimento di suggerimenti per il miglioramento dello strumento. Di questo primo gruppo è consigliabile facciano parte figure motivate e coinvolte nelle varie fasi del processo.

Di seguito sono elencati, sotto forma di moduli, le aree di contenuto e i componenti ritenuti essenziali del percorso formativo, unitamente alle indicazioni dei tempi di massima dello svolgimento di queste attività.

Presentazione del Tavolo Regionale (60')	<ul style="list-style-type: none">•Obiettivi del Tavolo Regionale e sua composizione•Prodotto del Tavolo Regionale (SISPaC)•Fasi di implementazione della SISPaC e verifica
Il Rischio chirurgico: concetti e numeri (60')	<ul style="list-style-type: none">•Eventi avversi, Errori, Near miss•I dati della nostra Regione•Analisi di un Caso Studio (<i>proposto dai partecipanti o scelto dai docenti</i>)
Gestione del Rischio in ambienti complessi (60')	<ul style="list-style-type: none">•L'esempio dell'Aviazione•Il Teamwork come strumento di gestione del Rischio•L'uso delle checklist in aviazione (<i>visione di filmati e discussione</i>)
Mettiamoci al lavoro (60')	<ul style="list-style-type: none">•Role-play: costruzione di una "checklist" per la gestione di un rischio non-clinico (<i>a scelta del gruppo o proposto dal docente</i>)•Analisi della "SISPaC" regionale
La "SISPaC" regionale (90')	<ul style="list-style-type: none">•Esempi di corretta esecuzione della checklist (<i>visione di filmati e discussione</i>)•Le "checklist specialistiche"
Conclusioni e domande ECM (30')	<ul style="list-style-type: none">•Question&Answer•Le prossime fasi del progetto•Raccolta di Commenti & Suggerimenti•Questionario ECM

Per meglio progettare la formazione sulle reali necessità dei partecipanti, e tenendo conto delle loro esperienze e competenze, saranno possibili modifiche nelle modalità di approfondimento dei singoli moduli e/o dei tempi della loro erogazione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

È consigliabile predisporre un questionario di soddisfazione degli utenti per la continua "messa a punto" dell'attività formativa ad uso dei docenti e annualmente devono essere previsti momenti di aggiornamento formativo ispirati al modello di formazione iniziale.

All'interno della gestione quotidiana delle attività chirurgiche deve essere prevista una riunione ogni 6 mesi dedicata al tema della SISPaC sotto forma di analisi di casi, briefing/debriefing, monitoraggio sull'uso, ascolto degli operatori ecc.

MONITORAGGIO

Per verificare l'implementazione della SISPaC, è previsto un monitoraggio semestrale durante il quale si verificherà l'efficacia sul campo dello strumento, attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato:

1. **indicatori di processo**: si intendono quegli indicatori che verificano l'applicazione quantitativa e qualitativa dello strumento, in particolare:

QUANTITATIVI

- a. **% applicazione SISPaC** = n° SISPaC eseguite / n° interventi effettuati
- b. **Δ % applicazione SISPaC** = $(\% \text{ applicazione SISPaC } / t_1) - (\% \text{ applicazione SISPaC } / t_0)$

QUALITATIVI

- c. **% completezza SISPaC** = n° SISPaC eseguite completamente / n° SISPaC eseguite
- d. **Δ % completezza SISPaC** = $(\% \text{ completezza SISPaC } / t_1) - (\% \text{ completezza SISPaC } / t_0)$
- e. **Tempestività profilassi antibiotica** = $n. \text{ Profilassi somministrate al timing previsto} / n. \text{ Profilassi totali previste}$

2. **indicatori di risultato**: si intendono quegli indicatori che verificano e quantificano la diminuzione di complicazioni, criticità, *near misses*, eventi avversi, eventi sentinella ovvero l'aumento di indici di miglioramento dell'*outcome* del percorso del paziente all'interno del sistema sanitario. Alcuni possono essere direttamente attribuiti all'applicazione dello strumento, altri sono attribuibili indirettamente, in particolare:

- a. **% re-interventi** = n° di re-interventi a 30 giorni / n° interventi effettuati
- b. **% ricoveri successivi** = n° di ricoveri successivi entro 30 giorni / n° interventi effettuati
- c. **Δ % contenzioso** = $(C/n^{\circ} \text{ interventi})/t_1 - (C/n^{\circ} \text{ interventi})/t_0$

La letteratura ormai consolidata, che analizza i processi e gli *outcome* delle HRO (*High Reliability Organizations*), delle quali la Sanità fa parte nel suo complesso e nelle sue singole strutture (Aziende, Ospedali, Ambulatori, Servizi...), evidenzia che gli indici di miglioramento delle performance e della qualità complessiva sono attribuibili, in maniera statisticamente correlata, all'implementazione di strumenti di controllo/programmazione. La SISPaC è a tutti gli effetti uno strumento di controllo e anche di programmazione, a seconda del momento e della funzione nel



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

percorso. Il plus valore della SISPaC è, infatti, soprattutto quello di consentire, consolidare e aumentare la coesione del gruppo di lavoro, attraverso meccanismi psicologici di sviluppo di comunicazione, motivazione, senso di appartenenza, visione, gratificazione e disciplina, i quali inequivocabilmente comportano un'espansione della qualità del prodotto intermedio e finale del processo.

Oltre all'utilizzo dei suddetti indicatori, periodicamente deve essere somministrato un questionario agli operatori coinvolti nel processo al quale lo strumento è applicato. I dati che scaturiscono dalle risposte del questionario (informazioni soggettive) possono e devono essere incrociati con gli indicatori delle due categorie sopra elencate (informazioni oggettive). Il rationale di questa operazione è rappresentato dalla considerazione e valutazione soggettiva dell'impatto dello strumento sulla qualità del lavoro di gruppo.

Il questionario, rigorosamente in formato anonima, deve contenere le seguenti informazioni:

- a. facilità d'uso;
- b. tempo necessario per l'esecuzione;
- c. impatto sulla sicurezza delle procedure;
- d. propria considerazione sullo strumento prima dell'applicazione;
- e. propria considerazione sullo strumento dopo l'applicazione;
- f. criticità d'uso riscontrate (eventualmente elencate);
- g. margini propositivi di miglioramento (eventualmente indicati);
- h. giudizio di applicabilità su se stessi dello strumento in caso di necessità personale di essere sottoposti a procedura chirurgica.

Tali indicatori saranno oggetto di monitoraggio da parte delle Direzioni Mediche di Presidio e dei Risk Manager Aziendali tramite analisi di completezza delle cartelle cliniche e delle SDO. I dati raccolti verranno trasmessi ogni 6 mesi agli uffici competenti dell'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. I Direttori Generali assicurano, attraverso gli strumenti di programmazione e controllo, la fattibilità del progetto.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

SISPac

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

CH Chirurgo

A Anestesista

S Strumentista

I Infermiere

IA Infermiere
Anestesista

Ccl Coordinatore
Check list

IS Infermiere Sala

T Team

Letto N° _____

Data: _____

1. Preparazione intervento

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Sesso M F

Portatore protesi : SI NO

Tipo.....

Portatore PaceMaker SI NO

Tipo.....

Infermiere

Diagnosi

Tipo di intervento

Consensi informati

Procedura

Anestesia SI

NP

Sangue emoderivati SI

NP

Documentazione sanitaria

Allergie

NO SI

Quali

Rispetto al momento della visita sono intervenuti fattori nuovi

NO SI

Quali

Profilassi antitromboembolica

SI NP

In trattamento durante il ricovero

Rischio di perdite ematiche

NO SI

< 7 ml Kg

> 7 ml Kg

Richiesta unità

Sangue

NP

Type & Screen

Disponibilità

Emoderivati

NP

N

Chirurgo:

Preparazione paziente

Verifica identità paziente

Digiuno SI NO

Rimosso protesi dentarie - acustiche - lenti a contatto SI NP

Smalto - anelli - piercing SI NP

Tricotomia SI NP

Ha eseguito preparazione intestinale SI NP

Doccia/Bagno, igiene orale indumenti idonei S.O. SI

Infermiere

Praticato profilassi TEV SI NP



A) Sign In

1 Il Paziente ha confermato

 Identità Sede intervento Procedura chirurgica

Consensi

 Procedura Anestesia SI NP
Sangue emoderivati SI NP Digiuno

2 Il sito dell'intervento è stato marcato

 SI NO N.P.

3 Completati i controlli per la sicurezza in anestesia

4 Allergie

 SI NO

5 Difficoltà alla gestione delle vie aeree

 SI, Strumentazione/Assistenza disponibile NO

 Coordinatore
Check List:

6 Rischio di perdite ematiche

 SI, l'accesso venoso è adeguato ed i fluidi sono disponibili NO

B) Time Out

 1 Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome o funzione

 2 Il chirurgo, l'anestesista, infermieri hanno confermato

Identità paziente

Sede di intervento

Tipo di intervento

Corretto posizionamento

Anticipazioni di eventuali criticità o preoccupazioni

 3 Chirurgo

Eventuali criticità

Durata intervento

Rischio di perdite ematiche

 4 Anestesista

Presenza aspetti critici riguardo il paziente

Scala ASA

 5 Strumentista

E' stata verificata la sterilità dei D.M.

Presenza di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici

Posizionato catetere vescicale SI NO NPPosizionata piastra SI NO NP
 6 La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti

 SI NP

 7 Le immagini diagnostiche sono state visualizzate

 SI NP

 Coordinatore
check list:

 8 Impostato monitoraggio




C) Sign Out

- 1 Nome della procedura eseguita
 - 2 Il conteggio finale garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto
 - SI NO
 - 3 I pezzi istologici sono correttamente etichettati
 - 4 Eventuali problemi relativamente ai dispositivi medici sono stati segnalati
 - 5 Il chirurgo, l'anestesista e gli infermieri revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria
 - 6 Piano profilassi del tromboembolismo post-operatorio
 - SI NP
- Drenaggi se presenti

Coordinatore
check list:

Verifica parametri vitali all'uscita del blocco operatorio



PA:

FC:

SPO₂:

TC:

Infermiere
Anestesista:

3. Post operatorio



- Il Paziente si presenta Sveglia Sedato
- Verifica:
- Presenza lesione sede piastra SI NO
 - Parametri vitali
 - Dolore
 - Vomito SI NO
 - Infusione continua terapia antalgica
 - Ossigenoterapia
 - Medicazione
 - Drenaggi
 - Accessi venosi
 - Sondino naso gastrico/NE
 - Catetere vescicale
 - Stomia
 - Lavaggio vescicale
 - Lavaggio intrarticolare
 - Immobilizzazione (gesso, doccia, stecca)
 - Terapia infusione

Infermiere:

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

Fasi:

-  1 - Preparazione Intervento
-  2 - Check List
 -  A - Sign In
 -  B - Time Out
 -  C - Sign Out
-  3 - Post Operatorio