

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI SASSARI

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

Deliberazione del Direttore Generale n. 615 del 02/11/2009

**OGGETTO: progetto sperimentale di gestione in sicurezza del percorso
perioperatorio**

L'anno duemilanove il giorno 02 del mese di NOVEMBRE in Sassari, nella sede
legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Renato Mura

- VISTO** il D. Lgs. n. 517/1999 e la L. R. n. 10/2006;
- VISTA** il Protocollo d'intesa sottoscritto dalla Regione Sardegna e dalle Università di Cagliari e di Sassari in data 11 ottobre 2004;
- VISTO** l'Accordo Regione-Università di Sassari, sottoscritto in data 12.07.2005;
- VISTA** la Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 17/2 del 27 aprile 2007, con la quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari;
- VISTO** il Decreto n. 100 del 03 settembre 2008 con il quale il Presidente della Regione Autonoma della Sardegna ha nominato il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari nella persona del Dott. Renato Mura;
- TENUTO CONTO** che il Dott. Renato Mura ha assunto la funzione di Direttore Generale dell'AOU di Sassari il giorno 08/09/2008, data di stipulazione del relativo contratto;
- CONSIDERATO** che la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le aziende sanitarie ;
- PRESO ATTO** delle Raccomandazioni Ministeriali sulla prevenzione degli eventi sentinella ed in particolare della Raccomandazione n° 2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e della Raccomandazione n° 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- CONSIDERATA** la necessità di dotare l'AOU di un sistema codificato di identificazione delle responsabilità nel percorso perioperatorio e di definizione puntuale dei processi relativi al paziente candidato all'intervento chirurgico e quindi di definire procedure utili a regolamentare e standardizzare l'intero processo nei diversi punti critici che possono comportare gravi rischi sia per i pazienti sia per gli operatori;
- VISTA** la proposta di progetto sperimentale di gestione in sicurezza del percorso perioperatorio, elaborato dalla struttura in staff Qualità Produzione Risk Management, quale risultato di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multi professionale, coerente con gli obiettivi assegnati al responsabile della medesima struttura nel contratto individuale di lavoro con l'Azienda;
- PRESO ATTO** che con il progetto si intendono affrontare in modo organico le criticità emerse prevedendo il loro superamento attraverso:
- la standardizzazione della preparazione del paziente all'intervento;
 - la definizione puntuale di ruoli e responsabilità;
 - l'identificazione corretta del paziente e dei "distretti bersaglio" (come da citata Racc. Ministeriale n. 3)
 - il superamento dell'incompletezza delle prescrizioni terapeutiche post-intervento;
 - la standardizzazione del sistema di prevenzione della ritenzione di garze, ferri, aghi, altri strumenti nel sito chirurgico (come da Racc. Ministeriale n. 2);
 - la documentazione del controllo e verifica della funzionalità delle apparecchiature;

RITENUTO

di dover adottare il progetto sperimentale di gestione in sicurezza del percorso perioperatorio, elaborato dalla struttura in staff Qualità Produzione Risk Management, secondo gli allegati da 1 a 5 alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, specificamente : allegato 1 Descrizione Progetto; allegato 2 Scheda Preoperatoria; allegato 3 Scheda Intraoperatoria Apparecchiature; allegato 4 Scheda Intraoperatoria Garze e Materiali; allegato 5 Scheda Dimissione da Sala Operatoria.

ACQUISITI il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

tutto ciò premesso e considerato

DELIBERA

- 1) di adottare il progetto sperimentale di gestione in sicurezza del percorso perioperatorio, elaborato dalla struttura in staff Qualità Produzione Risk Management, secondo gli allegati da 1 a 5 alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, specificamente : allegato 1 Descrizione Progetto; allegato 2 Scheda Preoperatoria; allegato 3 Scheda Intraoperatoria Apparecchiature; allegato 4 Scheda Intraoperatoria Garze e Materiali; allegato 5 Scheda Dimissione da Sala Operatoria.
- 2) di incaricare la struttura in staff Qualità Produzione Risk Management della comunicazione del presente atto alle strutture aziendali interessate e del coordinamento del progetto, nonché di dare mandato ai coordinatori infermieristici ed ai servizi e/o UO aziendali degli adempimenti di rispettiva competenza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Giuseppe Pintor)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Nicolò Lichen)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Renato Mura)

Responsabile Struttura Proponente nel rispetto al budget di spesa annua assegnata		Responsabile del Bilancio in ordine alla relativa copertura finanziaria
Nome Struttura	Qualità Produzione Risk Management	Dott. Massimo Temussi
Sigla Responsabile	Dr.ssa A. Viridis	
Estensore	CPSI M.A. Sassu	

La presente deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio di questa Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari dal 02-11-'09 per la durata di quindici giorni.

Allegato n° 1 alla delibera DG n°

Progetto di gestione in sicurezza del percorso perioperatorio

Proponente: Dott.ssa Antonella Viridis, responsabile struttura in Staff "Qualità, Produzione, Risk Management"

Nelle U.O. Chirurgiche dell'Azienda si rileva la mancanza di un sistema codificato di identificazione delle responsabilità e di definizione precisa dei processi, in particolare per quanto riguarda il percorso del paziente candidato all'intervento chirurgico.

E' necessario definire procedure utili a regolamentare e a standardizzare l'intero processo nei diversi punti critici che, possono comportare gravi rischi sia per i pazienti che per gli operatori.

La struttura "Qualità, Produzione, Rischio Clinico" ha istituito un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare (composto da chirurghi, coordinatori di reparti di degenza-Urologia, Patologia Chirurgica- e del servizio di Anestesia, strumentisti, coordinatore del blocco), che ha rilevato i principali punti critici presenti nel processo evidenziando la necessità di :

- standardizzare la preparazione del paziente all'intervento;
- definire correttamente i ruoli e le responsabilità;
- identificare correttamente il paziente e i "distretti bersaglio";
- superare l'incompletezza delle prescrizioni terapeutiche post-intervento;
- standardizzare il sistema di prevenzione della ritenzione di garze, ferri, aghi, altri strumenti nel sito chirurgico(come da Racc. Ministeriale n° 2 sulla prevenzione degli eventi sentinella) ;
- documentare il controllo e la verifica della funzionalità delle apparecchiature;

Il gruppo di lavoro ha evidenziato la necessità che proprio sui punti critici sopra citati si debba concentrare l'attenzione del team coinvolto nell'erogazione della prestazione ponendo particolare attenzione all'efficacia della comunicazione fra paziente e team operatorio e fra gli stessi componenti del team operatorio, poiché è accertato che l'accuratezza nel rilevare elementi anomali già dalla prima fase di accoglienza e identificazione del paziente è fattore importante per la riduzione dei rischi successivi.

A tal fine è stata realizzata una scheda, che accompagna il paziente nel percorso operatorio, suddivisa in tre parti:

- scheda preoperatoria, compilata dall'infermiere del reparto di degenza, che prepara e invia il paziente in sala operatoria.

In questa fase si è ritenuto fondamentale, al fine di limitare gli errori e definire ruoli e responsabilità, rilevare alcuni elementi quali: l'identificazione del lato intervento e contrassegno del sito chirurgico (come da Racc. Ministeriale n° 3); una serie di voci da completare in forma di check list, (presenza della completa documentazione clinica; note specifiche riguardanti la pre-anestesia, il numero di sacche di sangue richieste, presenza di eventuali protesi e loro rimozione, ecc. (vedi allegato n° 2);

- scheda intraoperatoria, compilata dagli infermieri di sala operatoria e di anestesia, che contiene il controllo e la verifica del funzionamento delle apparecchiature e degli impianti e il controllo delle garze e del materiale chirurgico utilizzato durante l'intervento, come da raccomandazione ministeriale (vedi allegati 3-4);
- scheda di dimissione dalla sala operatoria (vedi allegato 5), che rappresenta la principale novità nella gestione dell'interfaccia sala operatoria-reparto di degenza e che contiene le informazioni utili per il medico di reparto e per l'infermiere che accoglierà il paziente ai fini di una gestione più "sicura" del decorso postoperatorio.

Il progetto prevede:

- la sperimentazione della scheda completa (allegati 2, 3, 4, 5), nelle U.O. di Clinica Urologica, Patologia Chirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica e Andrologia.
- la sperimentazione della sola scheda intraoperatoria (allegati 3-4), in tutte le sale chirurgiche.

La sperimentazione avrà una durata di due mesi, durante i quali verranno fatte delle verifiche periodiche; successivamente si farà una valutazione dei risultati, una eventuale revisione della scheda stessa e successivamente, previa validazione da parte della Direzione Aziendale, la Scheda Perioperatoria potrà essere utilizzata in tutte le U.O. Dell'Azienda.



AOU Sassari

UNITA' OPERATIVA DI

Direttore :

Scheda preoperatoria

Data _____

Ricovero: Elezione Urgenza

Codice Fiscale _____ Cartella n° _____

Intervento chirurgico _____

Lato Intervento	DX	SIN	Contrassegno sito chirurgico		SI	NO	(*)
Scheda Anestesiologica	SI	NO	Tricotomia		SI	NO	
Consenso Informato	SI	NO	Smalto per unghie		SI	NO	
Paziente digiuno	SI	NO	Doccia		SI	NO	
Catetere Vescicale	SI	NO	Gioielli/Monili		SI	NO	
CVC	SI	NO	Biancheria intima		SI	NO	
Sondino naso-gastrico	SI	NO					
Presenza Pace-Makers	SI	NO	Specificare il tipo _____				
Rimozione protesi	SI	NO	Specificare il tipo _____				
Documentazione clinica :	Esami radiologici		SI	NO			
	Cartella ricoveri precedenti		SI	NO			
Preparazione intestinale	SI	NO	Tipologia _____	Esito	pos <input type="checkbox"/>	neg <input type="checkbox"/>	scarso <input type="checkbox"/>
Sacche di sangue ritirate	SI	NO	Specificare n. _____				
Sacche di sangue da ritirare	SI	NO	Specificare n. _____				
Terapia somministrata	Farmaco _____		dose _____	ora _____			
Preanestesia:	praticata <input type="checkbox"/>		farmaco _____	dose _____	ora _____		
	Non praticata <input type="checkbox"/>		specificare: _____	non prescritta <input type="checkbox"/>	rifiuto <input type="checkbox"/>		
Profilassi antibiotica	SI	NO	farmaco _____	dose _____	ora _____		
Profilassi antitrombotica	SI	NO	farmaco _____	dose _____	ora _____		

NOTE _____

(*) Raccomandazione Ministeriale n° 3, marzo 2008 : "Per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura".

Firma dell'infermiere che prepara il paziente _____

Firma dell'infermiere che accetta il paziente in sala _____

Allegato n° 2 alla delibera DG n°



AOU Sassari

UNITA' OPERATIVA
Direttore :

Scheda Gestione Intraoperatoria

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Cartella n° _____

Ricovero: Elezione Urgenza Provenienza _____

Controllo funzionamento apparecchiature e impianti

ANESTESIA

CODICE ID	DESCRIZIONE	SI	NO	ESITO
	Controllo e verifica apparecchio di anestesia			
	Controllo corretto collegamento dei gas e alimentazione elettrica			
	Controllo e accensione sistema di aspirazione			
	Controllo e verifica stato di monitor			
	Controllo e verifica stato defibrillatore			
	Controllo farmaci e presidi specifici			

Firma dell'infermiere di anestesia _____

SALA OPERATORIA

CODICE ID	DESCRIZIONE	SI	NO	ESITO
	Controllo e verifica funzionamento elettrobisturi			
	Controllo verifica funzionamento tavolo operatorio e lampada scialitica			
	Controllo e accensione sistema di aspirazione			
	Controllo farmaci e presidi specifici			
	Controllo carrello videoendoscopico			
	Controllo bombole CO2 e gas argon			
	Generatore radio frequenza			
	Generatore ultrasuoni			
	laser			
	Microscopio			
	Motori			
	Faco/Vitrectomia			
	Crio			

Firma dell'infermiere di sala _____

Allegato n° 3 alla delibera DG n°

CONTA GARZE E MATERIALE CHIRURGICO (*)

	Conta iniziale	aggiunte	Conta intermedia	aggiunte	Conta cambio turno	Conta cambio chirurgo	aggiunte	Conta finale
Laparotomiche								
Lungchette								
Garze								
Tamponi								
Aghi								
Bisturi								
Strumentario								
Firma 1° infermiere								
Firma 2° infermiere								

note _____

posizionamento piastra chir. SI NO Sede _____ Lato DX SIN

strumentista 1 _____ Strumentista 2 _____
 infermiere sala 1 _____ Infermiere sala 2 _____

*) Raccomandazione n° 2, marzo 2008, "Per prevenire la ritenzione di garze, strumenti e altro materiale all'interno del sito chirurgico".

Allegato n° 4 alla delibera DG n°



AOUSassari

UNITA' OPERATIVA di

Direttore :

Scheda dimissione sala operatoria

Data _____

Codice Fiscale _____

Cartella n° _____

Inizio intervento _____

Fine intervento _____

Intervento eseguito _____

Note (eventuali complicanze intraoperatorie)

Anestesia _____

Anestesista _____

Equipe operatoria _____

DESCRIZIONE	SITO CHIRURGICO	Valori
Drenaggio 1		
Drenaggio 2		
Drenaggio 3		
Drenaggio 4		
Sondino naso-gastrico		
Altro		

Firma del Chirurgo _____

Sacche di sangue trasfuse	n. _____ in corso	SI	NO
Sacche di sangue presenti in Sala Operatoria	n. _____		

DESCRIZIONE	VALORI
Pressione arteriosa	
Frequenza cardiaca	
Diuresi	

Firma dell'infermiere di anestesia _____

Parametri da rilevare ogni _____ P.A. F.C. Diuresi

Sondino antalgico SI NO _____

Terapia antalgica _____

Terapia da praticare _____

Firma dell' Anestesista _____

Ora di arrivo del paziente in reparto _____

Firma dell'Infermiere di reparto _____

Allegato n° 5 alla delibera DG n°