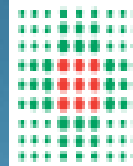




università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

La Safety Surgical Check List nella Sala Operatoria di Oculistica

CPSE Stefania Stivani

Ferrara, 4 Marzo 2017

*Ministero del Lavoro della Salute e delle
Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

**Manuale per la Sicurezza in sala
operatoria: Raccomandazioni e
Checklist**



disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento del 20/12/12

- Requisito 6.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi
- Obiettivo: garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi



- L'applicazione e il monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti della sicurezza

Decreto Legislativo 70 del 2/4/2015

5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello

- Lo standard e' costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attivita' di:
- Gestione del rischio clinico
 - Sistema di segnalazione degli eventi avversi
 - Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia

Progetto regionale SOS.net Rete sale operatorie sicure

2011-2013



Valutazione e sviluppo
dell'assistenza e dei servizi

DOSSIER 242-2014
ISSN 1591-223X

Codice Azienda _____ Codice Presidio _____ Progressivo SDO _____ Id checklist _____ data _____ ora inizio _____

MODULO 776/a — checklist

SIGN-IN 7 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT 7 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	SIGN-OUT 6 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <input type="checkbox"/> Identità (1.1)	<p>1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono conosciuti a tutti i suoi membri e previsti nella nota operatoria</p> <input type="checkbox"/>	<p>Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p> <p>1) Conferma della procedura che è stata effettuata e registrata</p> <input type="checkbox"/>
<p>2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>2) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano: identità del paziente, procedura, sito chirurgico e posizionamento</p> <input type="checkbox"/>	<p>2) Verifica corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario</p> <input type="checkbox"/>
<p>3) Controlli delle apparecchiature di anestesia completati (compreso pulsossimetro presente)</p> <input type="checkbox"/>	<p>3) Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche ed altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>3) Conferma che il Campione Chirurgico con relativo contenuto e richiesta è stato correttamente etichettato secondo la procedura aziendale</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile
<p>4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria</p> <input type="checkbox"/>	<p>4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>4) Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici</p> <input type="checkbox"/>
<p>IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEL PAZIENTE:</p> <p>5) Il paziente riferisce/presenta allergie?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>5) L'infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria</p> <input type="checkbox"/>
<p>6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?</p> <input type="checkbox"/> SI, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO	<p>6) Verifica effettuazione e correttezza della profilassi antibiotica</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>6) Verifica del Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile
<p>7) Il paziente presenta rischio di perdite ematiche che necessita la richiesta di emocomponenti?</p> <input type="checkbox"/> SI, accesso endovenoso adeguato e emocomponenti richiesti <input type="checkbox"/> NO	<p>7) Visualizzazione immagini diagnostiche</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile	

Firma Infermiere

Firma Anestesista

Firma Chirurgo

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____ Intervento Chirurgico _____ data _____

MODULO 776/a — check list CATARATTA

SIGN-IN 17 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT 17 controlli da effettuare prima dell'inizio dell'intervento	SIGN-OUT 16 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> Sede intervento <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consensi (chirurgico/anestesiologico) <p>2) Assenza di protesi/monili</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>3) Il sito dell'intervento è stato marcato?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria e presenza di presidi</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>5) Il paziente presenta allergie/intolleranze?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? (Anestesia Gen.)</p> <p><input type="checkbox"/> SI, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Non Applicabile</p> <p>7) Midriasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ottimale <input type="checkbox"/> Sufficiente 	<p>1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono noti a tutti i suoi membri</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>2) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qual è il nome del paziente? <input type="checkbox"/> Qual è la procedura da eseguire e in quale occhio? <p>3) E' stato eseguito il controllo di corrispondenza tra il valore della lente riportato sul programma operatorio e quello riportato in cartella?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>4) E' stata verificata la presenza di una lente alternativa da implantare in caso di necessità?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>5) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità? (AG o sedazione)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>6) L'infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>7) E' stata eseguita la profilassi con JODOPOVIDONE 5%?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>	<p>L'Infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p> <p>1) Il tipo di Procedura Chirurgica registrata (Quale procedura è stata eseguita?)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>2) Si sono verificate variazioni rispetto alla programmazione?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3) Il conteggio finale di aghi e altro strumentario chirurgico è corretto?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>4) Eventuali problemi con i Dispositivi Medici?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (segnalati)</p> <hr/> <p>5) Si sono verificate problematiche cliniche che hanno reso necessario l'intervento dell'anestesista?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>

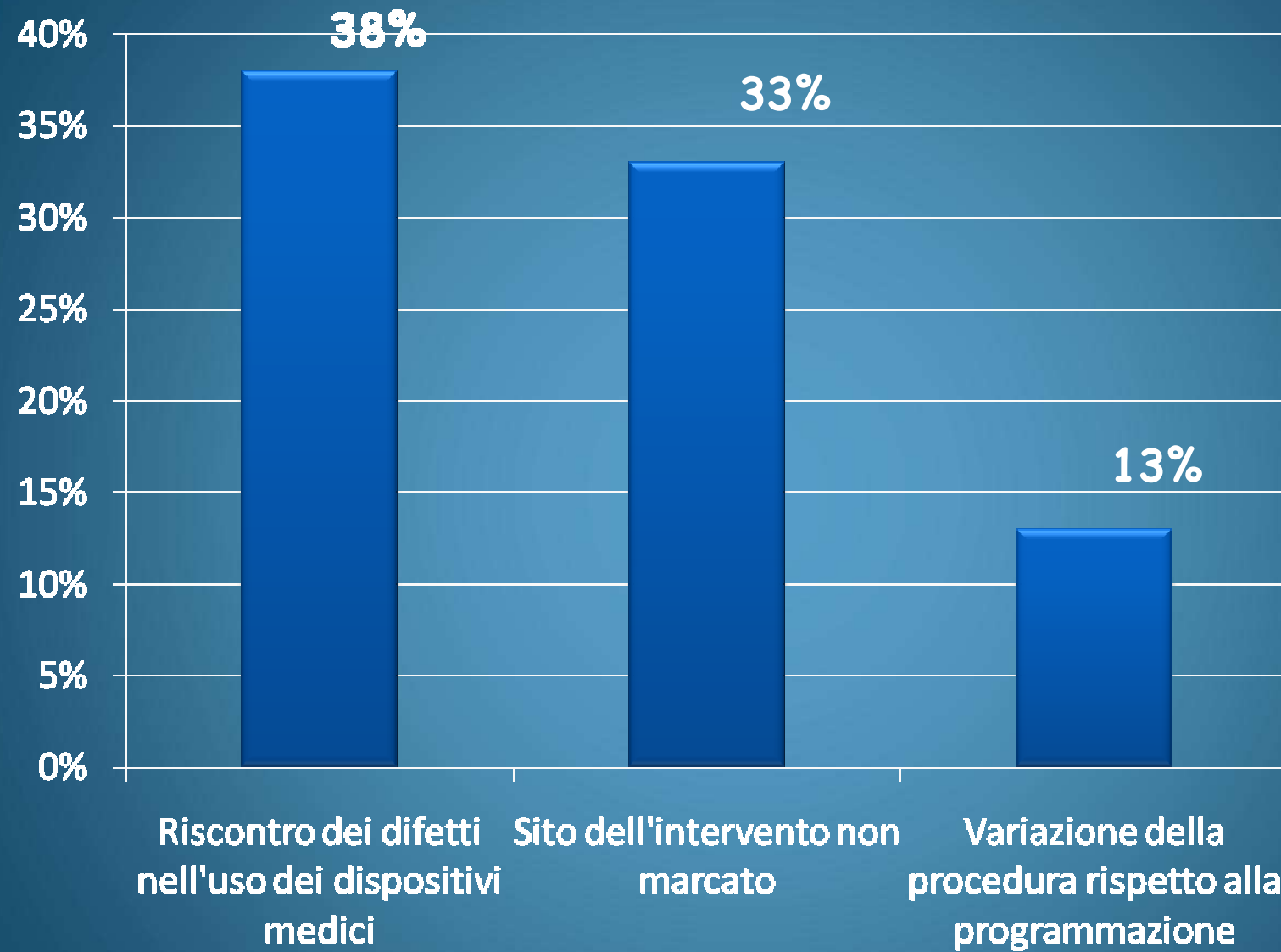
Firma Infermiere

Firma Anestesista

Firma Chirurgo

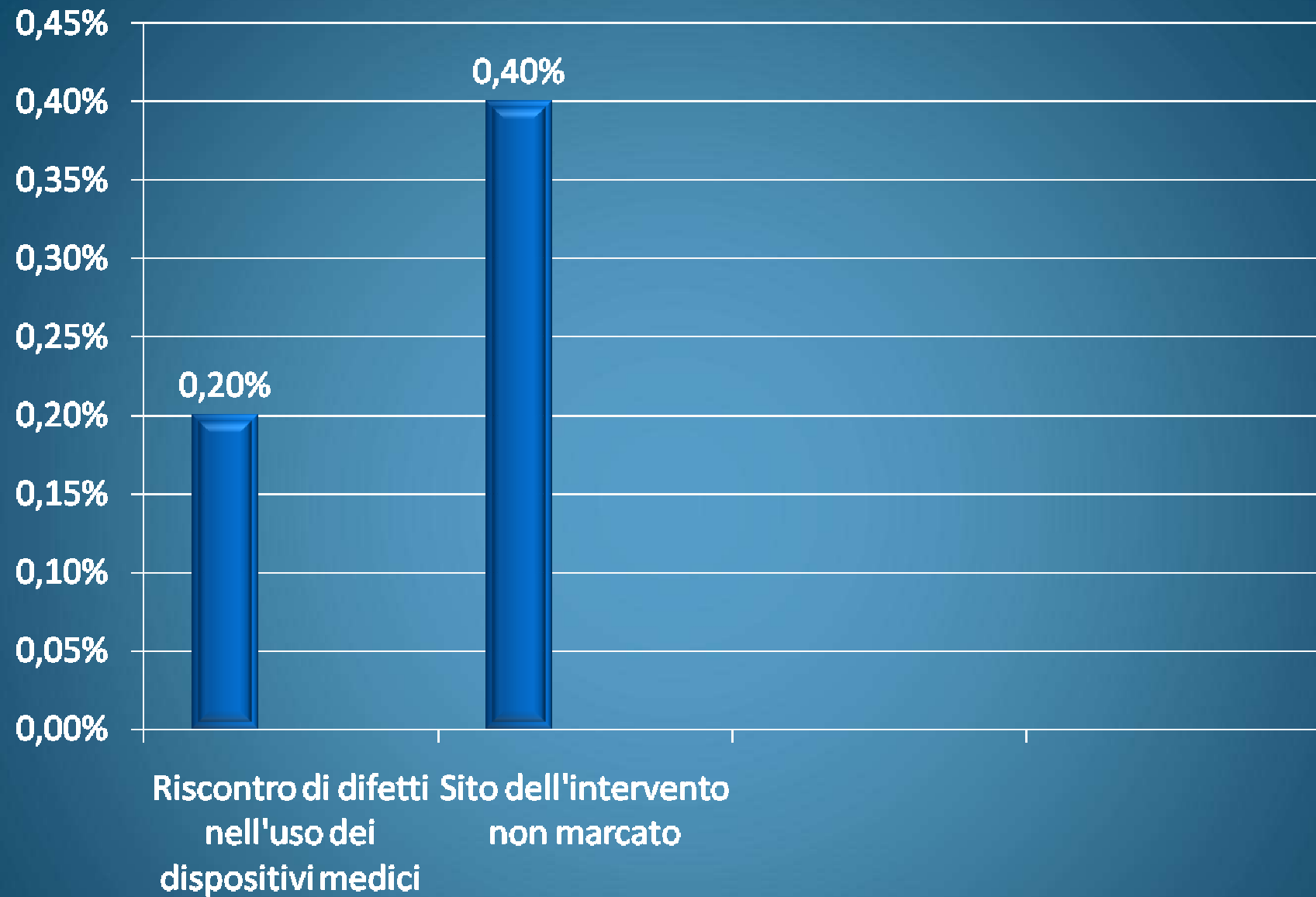
Risultati studio retrospettivo 1/1/2012-30/09/2012 su 1207 interventi di cataratta

- La SSCL è stata effettuata nel 100% dei casi.
- Nel 4,7% dei casi la compilazione è risultata incompleta: mentre il SIGN IN e il TIME OUT sono stati effettuati nel 100% degli interventi, in 50 interventi non è stato effettuato il SIGN OUT.
- Nel 3% dei casi sono state registrate delle Deviazioni rispetto allo standard.
- Le Non Conformità più frequenti sono state:
 - Riscontro di difetti nell'uso dei dispositivi medici: 38%
 - Sito dell'intervento non marcato: 33%
 - Variazione della procedura rispetto alla programmazione: 13%



Risultati studio retrospettivo 1/1/2016-30/09/2016 su 1611 interventi di cataratta

- La SSCL è stata effettuata nel 100% dei casi.
- La SSCL è stata completa nel 100% dei casi
- Nello 0,6% dei casi sono state registrate delle Deviazioni rispetto allo standard.
- Le Non Conformità riscontrate sono state:
 - Riscontro di difetti nell'uso dei dispositivi medici: 0,2%
 - Sito dell'intervento non marcato: 0,4%



"il fine ultimo non è spuntare delle caselle: è abbracciare una cultura di disciplina e lavoro di squadra"
-Atul Gawande-

Grazie per l'attenzione...

