

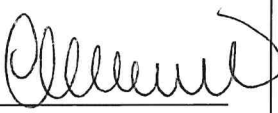
	<p>Regione Lazio ASL Roma I</p> <p>Dipartimento dello Sviluppo Organizzativo UOC Sicurezza Qualita e Risk Management Direttore: Dott.ssa Maddalena Quintili Raccomandazione Ministeriale n. 3</p>			
	<p>Procedura n° 3: Corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura</p>		<p>Rev. 02 del 31/12/2020</p>	<p>Pag. 1 a 9</p>

Rev. n.	Data	Causale modifica	Redatto	Verificato	Approvato
0	11/09/2012	Prima emissione	GdL M. Quintili M. Vescia U. Tomassetti A. Petrarolo L. Cantalamessa	Risk Manager Dott.ssa M. Quintili	Risk Manager Dott.ssa M. Quintili
1	15/03/2016	Implementazione Raccomandazione Ministeriale	Gruppi di lavoro aziendali di cui alle delibere: Rm A: 223/CS del 09/04/2015 e 529/CS del 03/08/2015 Rm E: 637 del 06/08/2015	UOC S.P.R.M: Dott.ssa M. Quintili CPSE M. Carrara UOS Rischio clinico: Dott. A. Bossi Dott.ssa S. Greghini	Risk Manager Dott.ssa M. Quintili
2	31/12/2020	Revisione al triennio	GdL	 Dott.ssa M. Quintili Direttore UOC SQRM	 Dott.ssa P. Chierchini Direttore Area Direzione Ospedaliera

Gruppo di lavoro

Luca Lepre – Direttore sost. UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza S. Spirito e Nuovo Regina Margherita
Stefano Mancini – Direttore UOC Chirurgia Generale e Oncologica P. O. S. Filippo Neri
Umbertina Tomassetti – CPSE UOC Chirurgia P.O. S. Spirito
Nicolea Negri - CPSE UOC Chirurgia P.O. S. Filippo Neri
Alessandro Sereni – CPSE Blocco Operatorio B-2 S. Filippo Neri
Marco Sereni - CPSE Blocco Operatorio A S. Filippo Neri
Aldebrando Bossi- Dirigente Medico- UOC SQRM
Stefania Greghini- Responsabile Funzione Organizzativa Risk Management -UOC SQRM
Marco Carrara- CPSE UOC SQRM

INDICE

1. PREMESSA	3
2. OBIETTIVI	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	5
5. RESPONSABILITÀ	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSI	6
7. ALLEGATI	9
8. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI	9
9. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI	9
10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	9
11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	9

I. PREMESSA

Gli interventi in paziente sbagliato o in parte del corpo sbagliata rappresentano eventi particolarmente gravi, che possono essere determinati da diversi fattori, quali la carente pianificazione preoperatoria, la mancanza di meccanismi di controllo, l'inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e/o tra operatori all'interno dell'équipe.

Diversi sono i fattori che possono determinare il verificarsi dell'errore di identificazione: il paziente può essere sedato, disorientato o non del tutto vigile, può cambiare letto, stanza o reparto all'interno dell'Ospedale; può avere disabilità sensoriali; oppure può essere soggetto ad altre situazioni anch'esse contribuenti nella determinazione dell'errore.

Le politiche e/o procedure prevedono quantomeno due modalità di identificazione del paziente, come ad esempio:

- Il nome/cognome del paziente
- Un numero di identificazione univoco
- La data di nascita
- Ove possibile, un braccialetto con codice a barre o altri identificativi

Il numero di stanza, di letto o di reparto del paziente non possono essere utilizzati per l'identificazione del paziente.

Considerata l'analogia dei fattori determinanti e delle relative misure di prevenzione di tali eventi, nella Asl Roma I è attivo un Percorso chirurgico che accompagna il paziente dalla presa in carico, all'accesso in sala operatoria, fino al suo rientro in reparto di degenza, che aiuta tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso chirurgico del paziente nell'esecuzione di controlli, prescrizioni e valutazioni al fine di garantire un percorso sicuro e appropriato a tutti.

Il percorso prevede l'utilizzo di 9 Check-list specifiche per ogni ambito chirurgico elaborate da 9 gruppi di lavoro multidisciplinari:

1. O-638-15- Check-list percorso chirurgico
2. O-842-17- Check-list Elettrofisiologia e Elettrostimolazione
3. O-851-17- Check-list Terapia Antalgica
4. O- 840- 17- Check-list Emodinamica
5. O-841-17- Check-list Day-Surgery
6. O-839-17- Check-list Radiologia Interventistica-
7. O- 877-18- Check-list Oculistica
8. O-882-19- Check-list Intravitreale
9. Check-list Endoscopia Digestiva

2. OBIETTIVI

La finalità della presente procedura è garantire la corretta identificazione del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico e la corretta individuazione del sito chirurgico.

I principali obiettivi che l'introduzione del Percorso del Paziente chirurgico si pone di ottenere sono:

- presidiare i principali passaggi delle principali attività del percorso chirurgico;

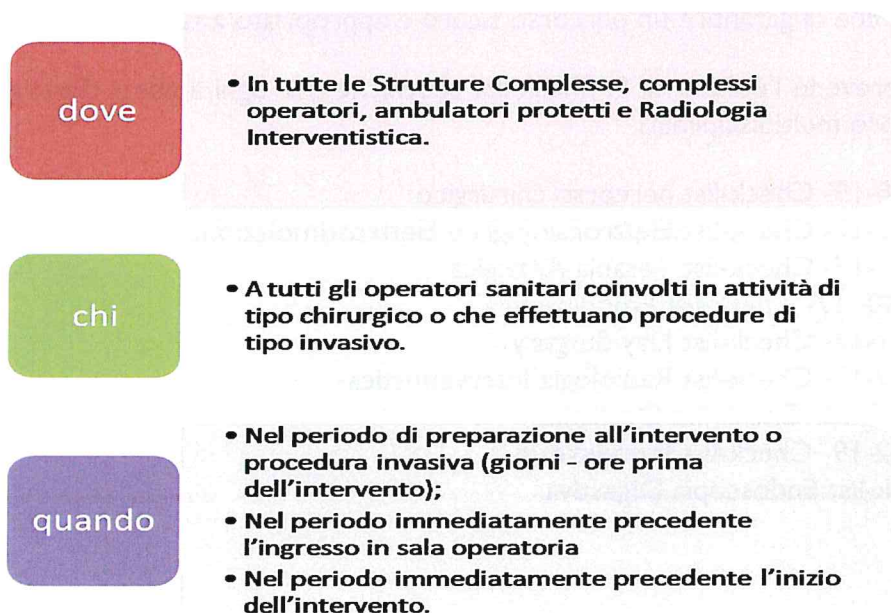
- assicurare che il Percorso del Paziente chirurgico sia parte integrante e obbligatoria della documentazione sanitaria per ogni intervento chirurgico;
- ridurre gli eventi avversi nell'ambito chirurgico

3. 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
- Prevenzione di garze, bisturi, aghi e ad ogni altro materiale o strumento, anche se unico, utilizzato nel corso dell'intervento chirurgico
- 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
- Promozione di una efficace comunicazione in sala operatoria
- Utilizzo della checklist in sala operatoria in tutti gli interventi effettuati in sala operatoria compresi quelli eseguiti in regime di urgenza/emergenza.

Si applica a tutte le procedure chirurgiche o invasive, che vengono eseguite nelle sale operatorie all'interno dei presidi della ASL RMI.



4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Paziente:** persona che ha accettato e autorizzato l'esecuzione di un atto chirurgico.
- **Sito chirurgico:** zona del corpo umano delimitata all'organo o articolazione da sottoporre ad intervento chirurgico.
- **Campo chirurgico:** Zona sterile che delimita e funge da copertura alla zona dove si rende necessaria l'incisione chirurgica.
- **Dispositivo:** Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto utilizzato da solo o in combinazione, destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia.
- **JCAHO:** Joint Commission on Accreditation of Health Organization, organizzazione nata nel 1951 al fine di collaborare con le organizzazioni sanitarie a migliorare le performance e gli esiti.

5. RESPONSABILITÀ

FIGURE PROFESSIONALI		Medico 1	Medico 2	Medico 3	Medico anest.	Inf. Reparto	Inf. S.O.
ATTIVITÀ							
1° Fase: Consenso informato		R	C		R*	C	C
2° Fase: Contrassegnare il sito chirurgico		C	R*	R*		C	
3° Fase:	a) Identificazione del paziente in reparto					R	C
	b) Identificazione del paziente in S.O.	C	R	C	C		C
4° Fase: Time Out	a) Verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione della procedura chirurgica e identificazione del paziente	C	R	C	C		C
	b) Corretto posizionamento del paziente		R	C	C		C
	c) Corretta sede e lato		R	C	C		C
5° Fase Controllo in doppio			R	C			
			R*	R*			

R = Responsabile; C = Coinvolto; R* = Responsabile per ambito di competenza; I= Informato

Legenda:

Medico 1 = chirurgo che prende in carico il paziente

Medico 2 = chirurgo che esegue l'intervento, se differente dal Medico 1

Medico 3 = chirurgo che opera come aiuto

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSI

La procedura prevede 5 fasi distribuite in 3 momenti che precedono l'esecuzione dell'intervento.

A) Periodo di preparazione all'intervento (nei giorni o nelle ore che precedono l'intervento).

1° Fase: Consenso informato

Il consenso informato rappresenta un momento particolarmente importante del processo assistenziale, per cui ogni medico ha l'obbligo di fornire al paziente una corretta e completa informazione sul trattamento chirurgico proposto, che includa i benefici e i rischi ad esso connessi, nonché le procedure ed i metodi di trattamento alternativi. Il consenso informato deve essere acquisito in tempo utile e con modalità tali da consentire al paziente di esprimere una scelta consapevole e ponderata. Il consenso informato deve essere formalizzato utilizzando esclusivamente l'apposita modulistica aziendale.

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 delle mani o dei piedi, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste)
- Prima di tracciare il segno verificare il sito chirurgico sulla base della documentazione e delle immagini radiologiche.

Costituiscono eccezioni:

- Interventi su organi singoli anche se è comunque fortemente consigliato per prassi identificare il lato
- Chirurgia d'urgenza in cui non è prevista una fase preoperatoria di pianificazione dell'intervento

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.
- I simboli da utilizzare sono le iniziali del paziente poiché non danno adito a confusione e al contempo correlano il paziente al sito chirurgico.
- 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.

Chi:

- Il simbolo deve essere tracciato dall'operatore che effettuerà l'intervento oppure da un suo delegato che sarà presente al momento dell'intervento.
- Il contrassegno NON deve essere effettuato dai pazienti e/o familiari.

B) Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria.

3° fase: Identificazione del paziente

- All'interno del reparto di degenza l'infermiere:
 1. Identifica il paziente da inviare in Sala Operatoria
 2. Compila la scheda per l'Invio del paziente in camera operatoria
 3. Consegna agli addetti al trasporto tutta la documentazione necessaria (cartella clinica, indagini radiologiche, etc.)
- All'arrivo in S.O. l'infermiere:
 1. Riceve il paziente;
 2. Verifica la documentazione di accompagnamento;
 3. Compila la scheda di ammissione

C) Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria).

4° Fase: "Time-Out"

Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive, il Medico 2 (medico che esegue l'intervento), deve effettuare il "Time- Out"

Il metodo del **Time-Out** prevede che:

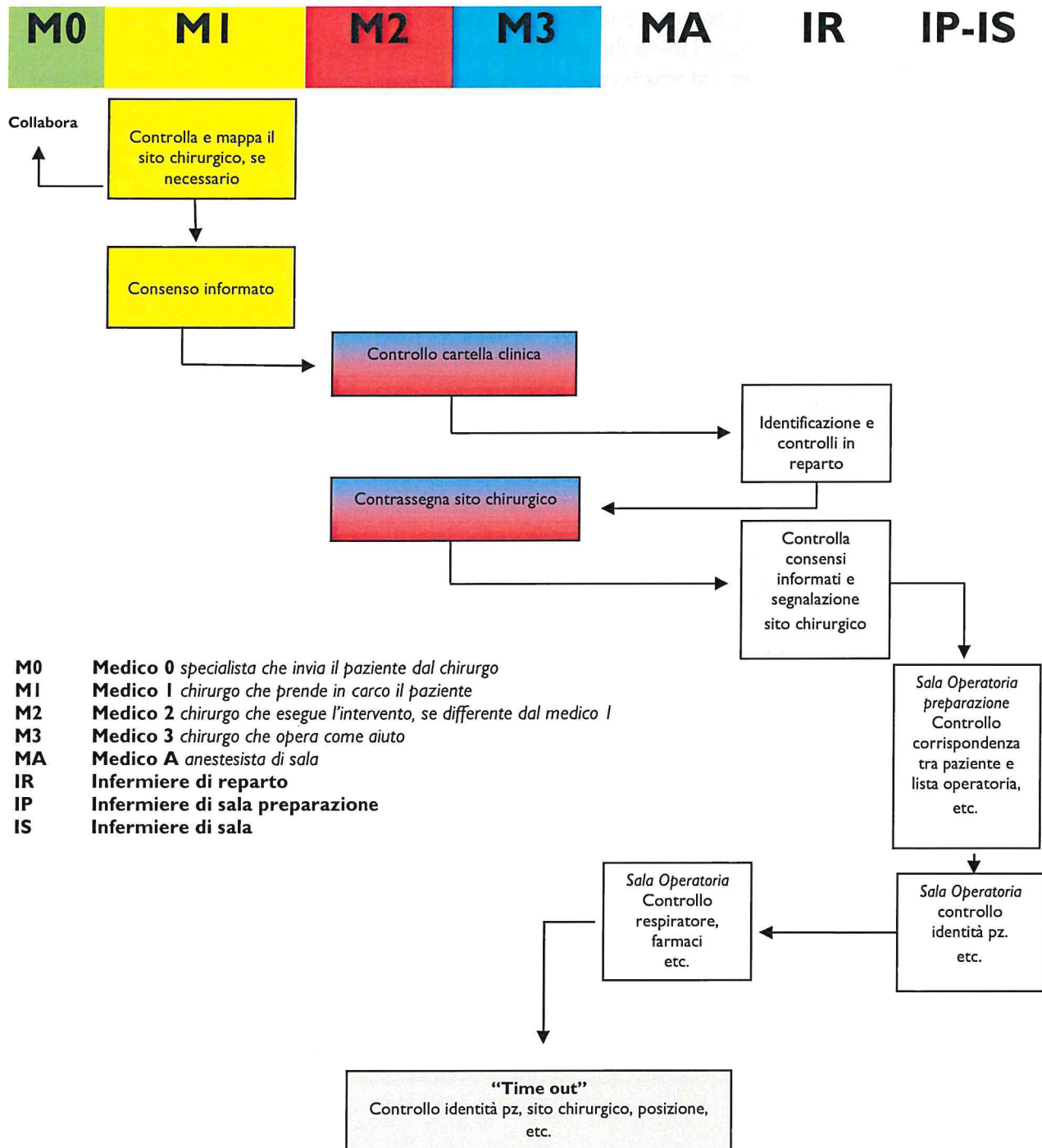
- a. Il 1° Operatore dichiara il nome e cognome del paziente, la procedura da effettuare, il sito e la lateralità, laddove richiesta, la posizione del paziente e ogni altra informazione rilevante per la sicurezza dell'intervento (es. la presenza dei dispositivi necessari, quali protesi, valvole cardiache ecc.).
- b. L' Anestesista e l'Infermiere di Sala Operatoria devono confermare che l'informazione sia corretta.
- c. Il 1° Operatore deve verificare il corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio.
- d. Il 1° Operatore deve verificare la correttezza della sede e del lato chirurgico.

Tutti i componenti dell'equipe, devono essere d'accordo con quanto esposto e devono essere chiarite le eventuali discrepanze.

5° Fase: Double Check (controllo in doppio)

Il primo controllo deve essere effettuato dal 1° Operatore che esegue l'intervento, il secondo controllo deve essere effettuato dal 2° Operatore per confermare le informazioni riguardanti la corretta identità del paziente, la correttezza della procedura e del sito chirurgico.

Diagramma di flusso



7. MODULISTICA

Check-list operatorie (ognuna con rispettiva codifica univoca)
Scheda di ammissione

8. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI

Indicatore:

- I. Numero check list compilate correttamente
Numero totale interventi eseguiti
2. Segnalazione delle non conformità

9. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Raccomandazione n. 2 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>) 2, Marzo 2008
- Raccomandazione n. 3 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>).
- Ministero della Salute: Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check-list: Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009
- Delibera del Direttore Generale n.952 del 09/09/2010: Adozione del documento di indirizzo denominato "Progetto Sicurezza del paziente 2010-2012".
- Legge n.43/2006: Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.
- <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/sur-nev-ev-tf-rep.pdf>
- Patient safety system
http://www.jointcommission.org/patient_safety_systems_chapter_for_the_hospital_program/
- WHO guidelines for safe surgery
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/
- Masud D. et al. *Current practice on preoperative correct site surgical making*. Clin. Feat. 2010; 20 (6); 210.
- Rydenfalt C. et al. *Compliance with the WHO Surgical Safety checklist: deviations and possible improvements*; Int. J. Quality in Health Care. 2013; 25 (2); 182.
- Mahar P. et al. *"Interventions for reducing wrong-site surgery and invasive procedures (Review)"*. The Cochrane Collaboration, 2012.

10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La revisione della presente procedura sarà effettuata in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida e comunque ogni tre anni.

11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

- I. La presente procedura è disponibile e reperibile in formato elettronico sul sito intranet aziendale.

Procedura n° 3: Corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura	PG	Rev. 02 del 31/12/2020	Pag. 9 a 9
---	----	------------------------	------------

