

1466
21 DIC. 2015

Allegato B

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 1 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

**ESATTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E DEL CORRETTO
SITO CHIRURGICO**

ATTIVITA	RESPONSABILE	FIRMA
Redazione e Verifica	Gruppo di lavoro aziendale	
Approvazione	Direzione Generale	
Emissione e distribuzione	<ul style="list-style-type: none">• SSD Accreditamento Istituzionale• Qualità e Risk Management	

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 2 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE

<i>Aldo Monni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Antonio Saiu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Ferdinando Corrias</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>M. Vincenza Monni</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Luigi Furcas</i>	<i>Infermiere</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Roberto Ottonello</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Chirurgia PO San Marcellino Muravera</i>	<i>verifica</i>
<i>Rosanna Massesi</i>	<i>Cord. Inf</i>	<i>Blocco Operatorio P.O. San Marcellino Muravera</i>	<i>verifica</i>
<i>M. Antonietta Ena</i>	<i>Cord. Inf</i>	<i>Chirurgia – PO San Marcellino Muravera</i>	<i>Redazione</i>
<i>M. Caterina Vallese</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Servizio delle Professioni Sanitarie</i>	<i>verifica</i>
<i>Giovanna Rossi</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Qualità e Risk Management</i>	<i>verifica</i>
<i>Anna Ruda</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Direzione Sanitaria P.O. Binaghi</i>	<i>verifica</i>
<i>Paola Arcadu</i>	<i>Cord. Inf</i>	<i>Blocco Operatorio PO SS Trinità - Cagliari</i>	<i>verifica</i>
<i>Angela Pullga</i>	<i>Chirurgo</i>	<i>Chirurgia Generale – P.O. SS Trinità - Cagliari</i>	<i>Verifica</i>
<i>Alberto Degioannis</i>	<i>Chirurgo</i>	<i>S.C. Clinica Ortopedica - P.O. Marino</i>	<i>verifica</i>

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ... ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 3 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

<i>Indice</i>	<i>Pagina</i>
<i>Premessa</i>	<i>4</i>
<i>1. Scopo</i>	<i>4</i>
<i>2. Campo di applicazione</i>	<i>4</i>
<i>3. Abbreviazioni definizioni e terminologia</i>	<i>4</i>
<i>4. Responsabilità</i>	<i>5</i>
<i>5. Descrizione attività</i>	<i>5</i>
<i>5.1 Fasi</i>	<i>5</i>
<i>5.2 Flusso delle attività</i>	<i>9</i>
<i>6. Validazione</i>	<i>9</i>
<i>7. Materiali e strumenti utilizzati</i>	<i>9</i>
<i>8. Bibliografia e riferimenti normativi</i>	<i>10</i>
<i>9. Allegati</i>	<i>10</i>

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 4 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

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.

Si stima che la procedura chirurgica su parte del corpo errata si verifichi 1 volta ogni 1000 - 3000 procedure chirurgiche all'anno.

Il Protocollo Sperimentale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella prevede la segnalazione della "procedura chirurgica in paziente sbagliato" e della "Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)". La presente raccomandazione, anche sulla base delle esperienze di altri paesi e del protocollo universale della JCAHO, è stata finalizzata alla corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura chirurgica.

1. SCOPO

Garantire l'identificazione del paziente rispetto alla tipologia di intervento chirurgico programmato e l'esatta identificazione del sito chirurgico.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente raccomandazione si applica in tutte le unità operative di chirurgia generale e specialistica, complessi operatori, ambulatori protetti e radiologia interventistica nelle seguenti fasi:

- periodo di preparazione all'intervento o procedura invasiva (giorni-ore prima dell'intervento)
- periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria
- periodo immediatamente precedente l'inizio dell'intervento.

3. TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVIAZIONI

Errore: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Evento sentinella: E' un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 5 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

4. RESPONSABILITA'

Operatore che effettua l'intervento o suo delegato

Equipe operatoria

Equipe anestesiologicala

FUNZIONE ATTIVITÀ	CHIRURGO	ANESTESISTA	INFER. REPARTO	INFERMIERE SALA OPER	COORDINATORE INFERMIERISTICO di sala C.L.
Periodo di preparazione all'intervento o procedura invasiva					
Identificazione paziente	R	R	R		
Consenso Informato	R	R	C		
Contrassegnare il sito operatorio	R		C		
Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria					
Identificazione del paziente	R	R		R	R
Time Out	R	R		R	R
Double check	R	R		R	R

R: RESPONSABILE C: COLLABORA

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le azioni prevedono una procedura che si svolge in 5 fasi distribuite in tre periodi, che precedono l'esecuzione dell'intervento (PR-DG-BO-006/0).

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

5.1 Fasi

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. Ai fini della presente raccomandazione, in aggiunta a tutte le informazioni che, secondo le norme vigenti, devono essere fornite al paziente

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 6 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

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 la procedura (diagnosi o condizione clinica)

2° Fase: Contrassegnare il sito operatorio

Il sito chirurgico DEVE essere contrassegnato nelle situazioni caratterizzate da:

QUANDO

- 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.
- È consigliabile l'utilizzo di simboli che non diano adito a confusione e che siano standardizzati all'interno della struttura sanitaria, quali le iniziali del paziente (2), l'utilizzo di una freccia (3), 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).

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 7 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

- 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 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'inizio dell'intervento

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.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 8 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

- 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 di solito il coordinatore della Check list 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.

5ª 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.

Le attività previste nelle 5 fasi considerate vanno documentate tramite la check list, (PR-DG-BO-006/0 Mod 01) da includere alla documentazione clinica del paziente

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 9 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

5.2 Flusso delle attività

c o r s i a	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	-Infermiere -Chirurgo che effettuerà l'intervento o suo delegato
	IDENTIFICAZIONE DEL SITO CHIRURGICO	-Equipe chirurgica -Equipe anestesiologicala
S.O.	Time out	- Equipe chirurgica
	Double check	- Equipe anestesiologicala

6. VALIDAZIONE

Indicatore	Errori identificazione del paziente
Numeratore	Numero pazienti erroneamente identificati
Denominatore	Totale interventi chirurgici
Standard	100%
Monitoraggio	Semestrale

Indicatore	Errata identificazione del sito chirurgico
Numeratore	Numero dei siti erroneamente identificati
Denominatore	Totale interventi chirurgici
Standard	100%
Monitoraggio	Semestrale

7. MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI

Modulo Check List (PR-BO-06/00 MOD 001)

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-002/0 pag. 10 di 10	Procedura esatta identificazione del paziente e del corretto sito chirurgico	Data: 15/04/2015 Revisione 0

8. RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI

1. Ministero della Salute

<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdfocus.jsp?area=programmazione-qualita&colore=3&id=305>

2. Wrong site surgery. Advisory Statement. American Academy of Orthopaedic Surgeons. American Association of Orthopaedic Surgeons January 2004 AAOS On-line Service Wrong- Site Surgery.

3. Corret Site Surgery, Patient Safety Alert, immediate action, 2 march 2005.

<http://www.npsa.nhs.uk>

4. Ensuring correct surgery and invasive procedures, Department of Veteran Affairs VHA directive 2004-028, June 25, 2004.

5. Universal protocol for preventing Wrong site, Wrong procedure, Wrong person surgery.

<http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E3C600EB-043B-4E86-B04E>

[CA4A89AD5433/0/universal_protocol.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E3C600EB-043B-4E86-B04E)

6. Correct patient, correct procedure and correct site surgery policy and guidelines. Operantional circular Department of Health Government of Western Australia. 31 march 2005.

7. New York State Health Department of Health: Pre-Operative Protocols Panel - Final Report; Albany, February 8, 2001.

8. Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA. Incidence, Patterns, and Prevention of Wrong-Site Surgery. Arch Surg. 2006;141:353-358

9. Gawande AA Weiser I.G World health Organization Guide Lines for safe surgery Geneva. Who, 2008;

10. Regione Emilia Romagna: Raccomandazioni per la sicurezza in S.O. (febbraio 2010);

11. Ministero della Salute : Raccomandazioni per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura (marzo 2003);

12. Consenso informato aziendale

13. Procedura Check List (P.R. - B.O. 006/00)

ALLEGATI

N.A

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1466 DEL 21 DIC. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~
 Dott.ssa Anonella Carreras ~~Dott. Pier Paolo Pani~~

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto di n° 5 fogli di n° 10 pagine.

ASL Cagliari
 Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
 SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*