



PLANNING PREOPERATORIO E CHECK LIST

A.MANZOTTI, M.LARGHI, M.GRASSI

UO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
OSPEDALE "LUIGI SACCO" - POLO UNIVERSITARIO
ASST FBF SACCO



DECIMO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA CLINICA E FORENSE

17° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale

**LE COMPLICANZE
IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

PROBLEMATICHE CLINICHE, CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI E
CONTROVERSIE GIURIDICHE





Where we started:

HealthGrades - 2010

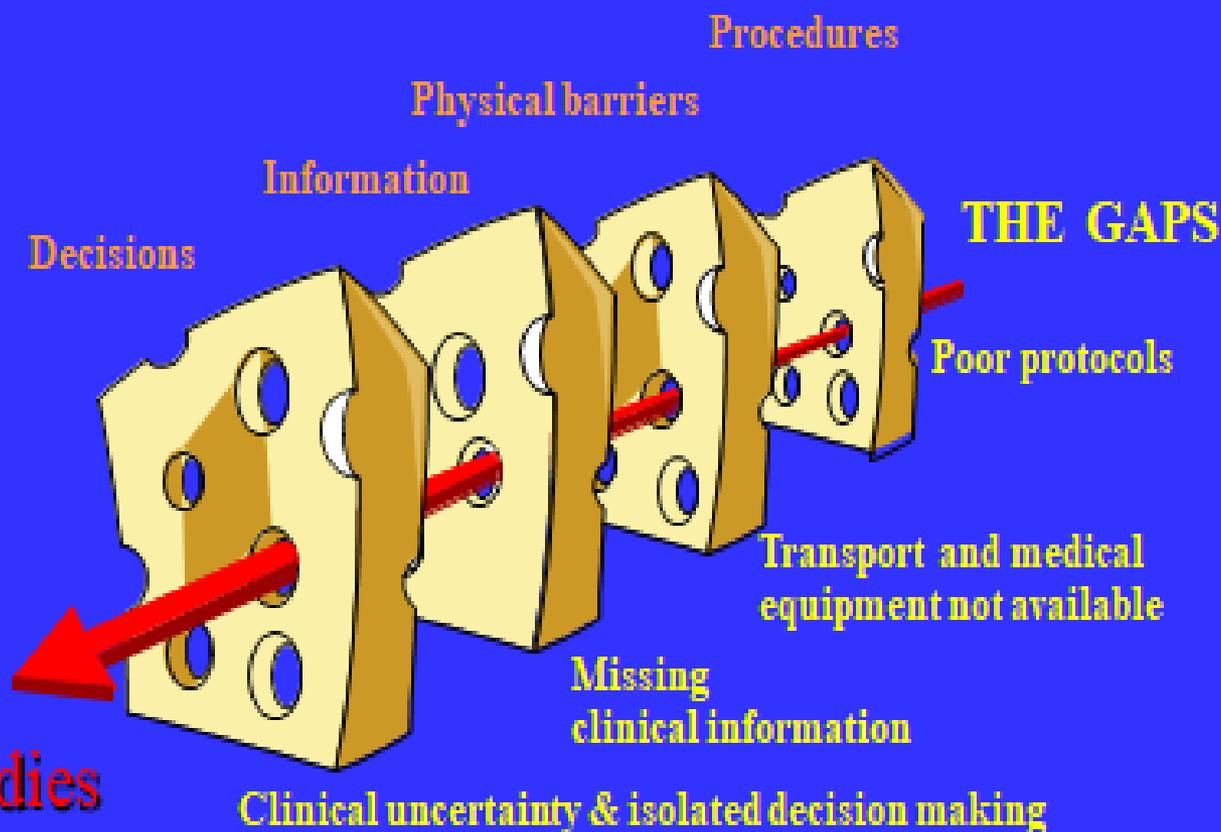
- >350,000 patient safety errors/year 2006-2008
- Cost \$9B
- 1/10 safety errors results deaths
- >100,000 surgical error deaths/year
- Top 5% Hospitals – only 43% reduction safety incidents
- Wrong Site Surgery (WSS) rates - 1/20,000 surgeries
- Hospital SSI rates 2-3%
- NO evidence safety/quality improvement 2000-2010



Where we started:

The 'Swiss cheese' model

DEFENCES





Chirurgia Ortopedica:



Chirurgia **COMPLESSA** per eccellenza:



90's



Now!!!



Chirurgia Ortopedica:



Chirurgia COMPLESSA per eccellenza:

YES planning !!!

- U UN ACCURATO PLANNING PREOPERATORIO ED
- S| IL CORRETTO USO DELLA CHECK LIST
- p| CONSENTONO DI OTTENERLI
- N RIDUCENDO IL MARGINE DI ERRORE
E QUINDI IL RISCHIO MEDICO-LEGALE

- Ne

- Ne
robot...)

- Nelle implicazioni etiche (medicina biologica, trapianti)

Key elements in orthopaedic surgical safety

6 C's

- ◆ (1) **Communication** – effective surgical team communication
- ◆ (2) **Consent** – accurate timely informed consent
- ◆ (3) **C** **No planning !!!** identification
- ◆ (4) **Checklists** – use validated standardized processes
- ◆ (5) **Concentration** – focused team without distraction
- ◆ (6) **Collection** – systematic safety/quality data collection



Chirurgia Ortopedica:

Chirurgia COMPLESSA per eccellenza:



Necessita di elevati livelli di sicurezza



SUGGESTED ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS REGIMENS.*

PATIENT TYPE	SUGGESTED DRUG	REGIMEN
Patient not allergic to penicillin	Cefazolin, cephadrine or amoxicillin	2 grams orally 1 hour prior to dental procedure
Patient not allergic to penicillin and unable to take oral medications	Cefazolin or ampicillin	Cefazolin 1 g or ampicillin 2 g intramuscularly or intravenously 1 hour prior to the dental procedure
Patient allergic to penicillin	Clindamycin	600 milligrams orally 1 hour prior to the dental procedure
Patient allergic to penicillin and unable to take oral medications	Clindamycin	400 mg intravenously 1 hour prior to the dental procedure*

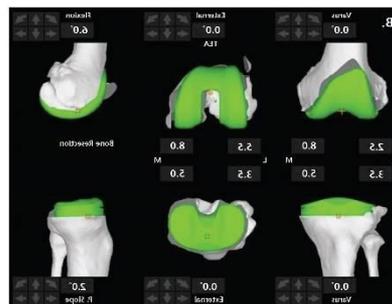
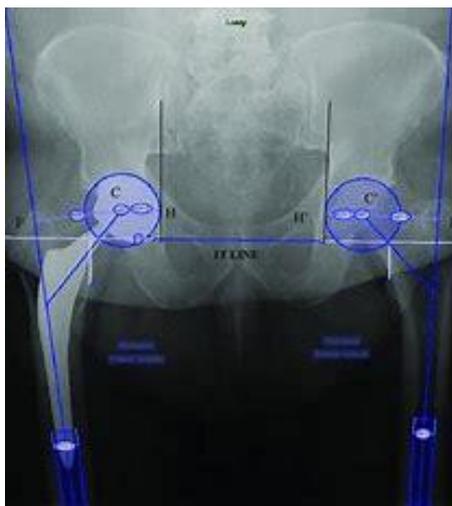
* No second doses are recommended for any of these dosing regimens.

VTE Prophylaxis

Grade 1 Recommendations

Surgery*	Recommended Prophylaxis
General surgery	Low-dose unfractionated heparin (LDUH) Low molecular weight heparin (LMWH) Fondaparinux (effective 10/01/07) LDUH or LMWH combined with IPC or GCS
General surgery with a reason for not administering pharmacologic prophylaxis documented	Graduated Compression stockings (GCS) Intermittent pneumatic compression (IPC)
Gynecologic surgery	Low-dose unfractionated heparin (LDUH) Low molecular weight heparin (LMWH) Factor Xa inhibitor Intermittent pneumatic compression devices (IPC) LDUH, LMWH, or factor Xa inhibitor combined with IPC or GCS

* Limited to those patients who have an anesthesia duration of at least 90 minutes, and a hospital stay of at least three calendar days (two nights in the hospital).





Chirurgia Ortopedica:

Chirurgia ultra specialistica per eccellenza:



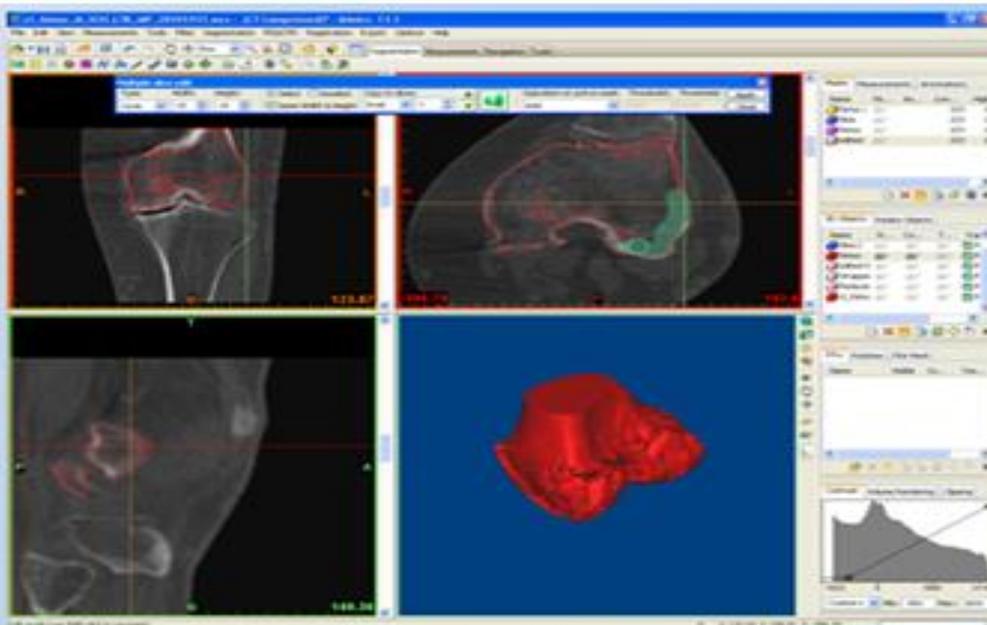
Necessita di elevati livelli di sicurezza





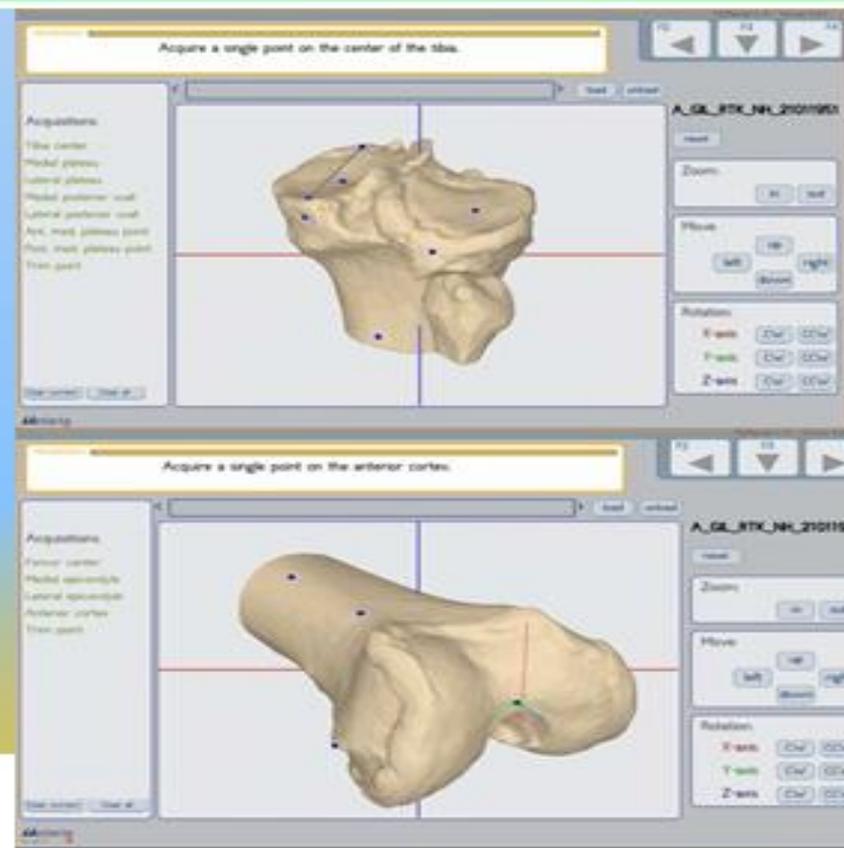
TECNOLOGIA PAZIENTE SPECIFICO

RICOSTRUZIONE DEL MODELLO 3D DI GINOCCHIO



Ricostruzione da TAC

- Definizione dell'asse meccanico
- Definizione dei reperi anatomici
 - Definizione del taglio osseo (sulla base delle preferenze del chirurgo)





**BLOCCHI DI TAGLIO &
MODELLI OSSEI
DISPONIBILI
IN SALA**





DISTAL FEMORAL OSTEOTOMY FOR VALGISATION

PREOPERATIVE PLANNING

Surgeon Pr Alfonso MANZOTTI (Luigi SACCO, Milano)
Patient 2018-05-10 MAN 05 ABD R
Surgery 10/05/2018

TO BE NOTICED : PLATE FOR LATERAL OPENING WAS NOT USED AND REPLACED WITH MEDIAL CLOSING PLATE BUT OPPOSITE SIDE

Reminder of the Order Form (Measurements)

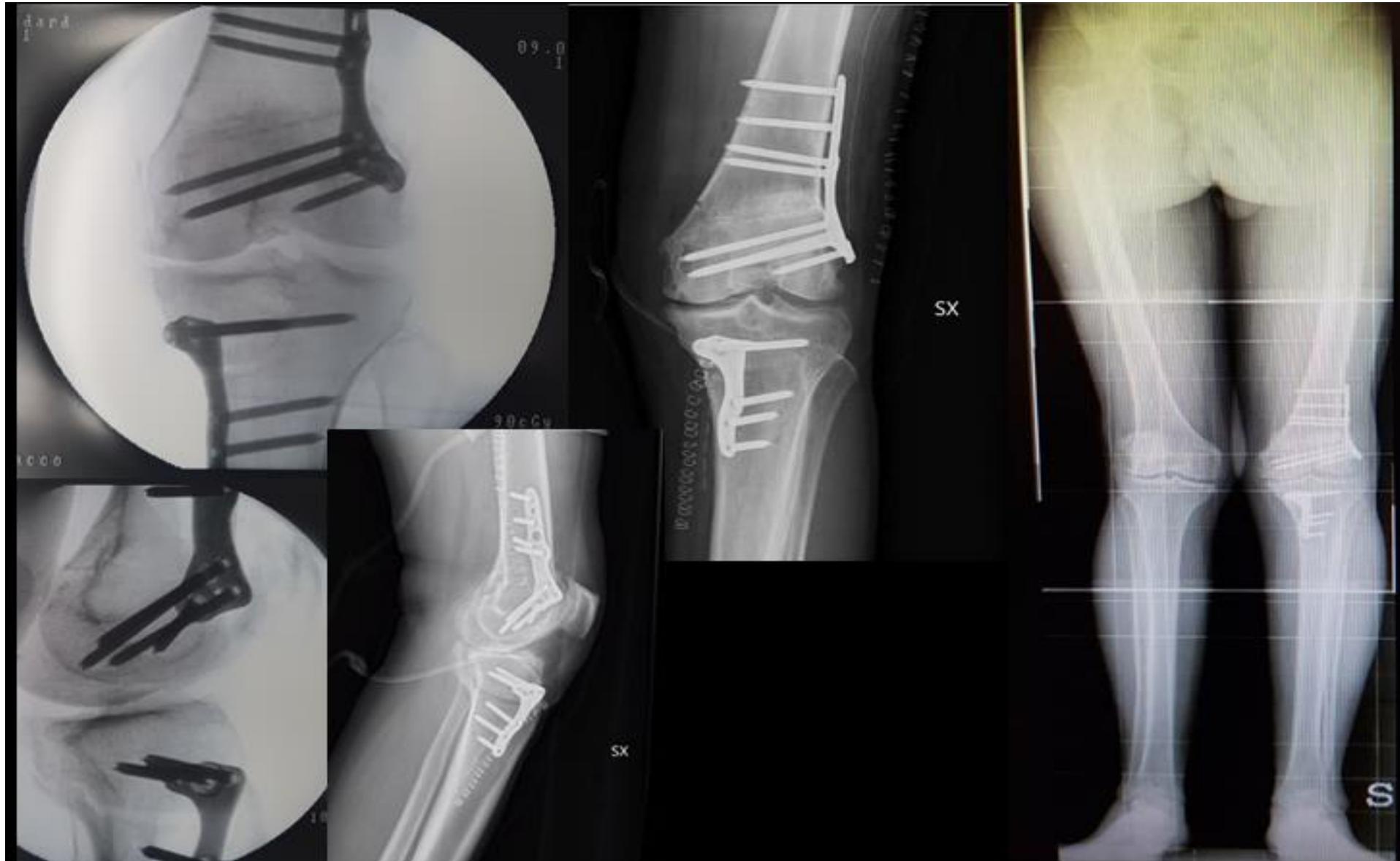
	Preoperative			Postoperative (desired)			Corrections
mLDFA	92° varus			85° valgus			7° external closing
Femoral rotation	37,5° internal rotation			30° internal rotation			7,5° external rotation
Flexum	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Value:	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Value:	
Recurvatum	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Value:	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Value:	

ORDER FORM FOR PATIENT SPECIFIC INSTRUMENTATION

MEDIAL OPENING HIGH TIBIAL OSTEOTOMY - ACTIVE MOTION

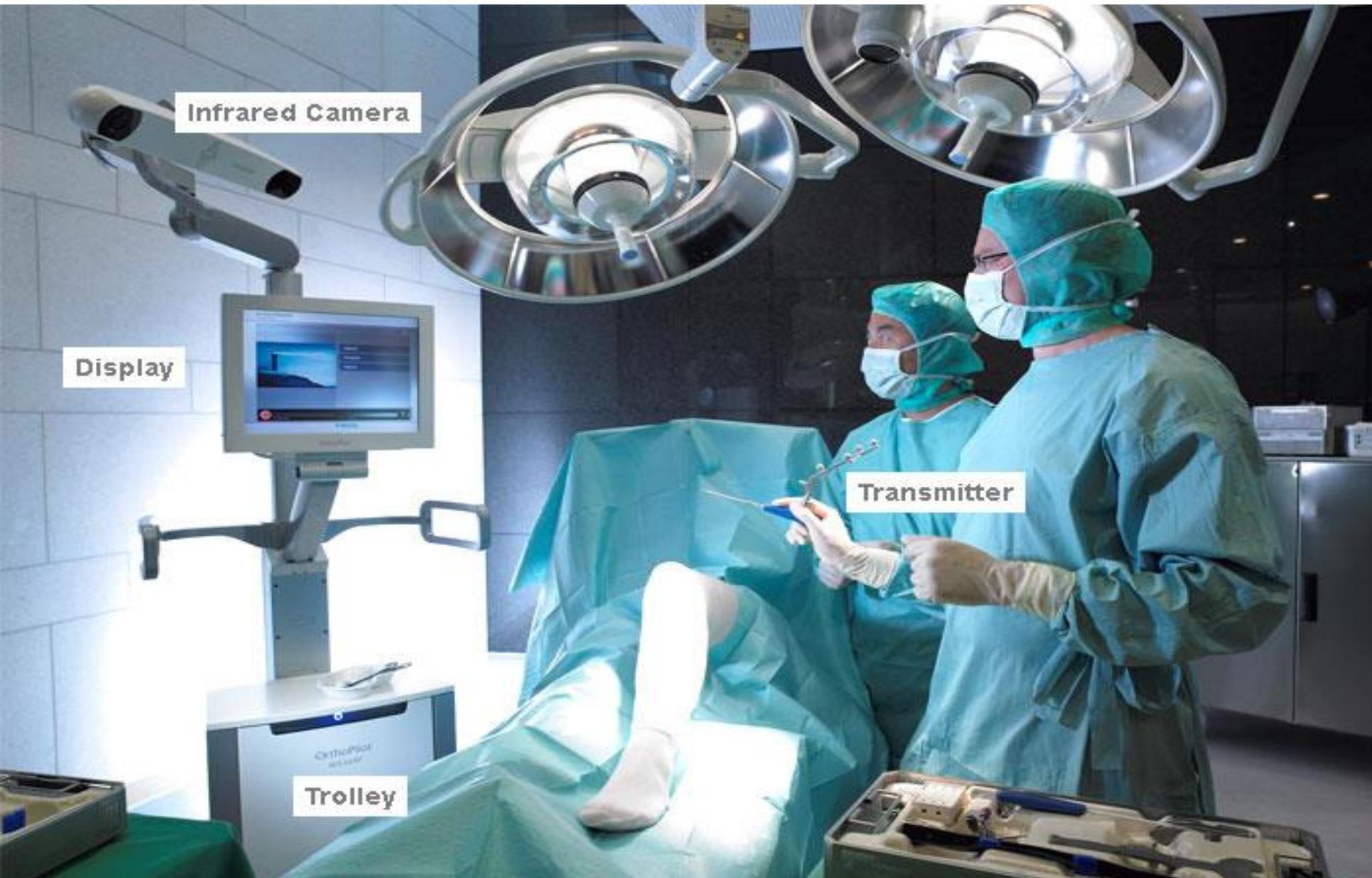
Measurements

	Preoperative			Postoperative (desired)		
Frontal HKA KA	86,3°			91,3°		
Tibial Slope	11,4°			7,4°		
Flexum	No <input type="checkbox"/>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	Value : 2	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Value :
Recurvatum	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Value :	No <input type="checkbox"/>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	Value : 2





CHIRURGIA COMPUTER-ROBOT ASSISTITA



Infrared Camera

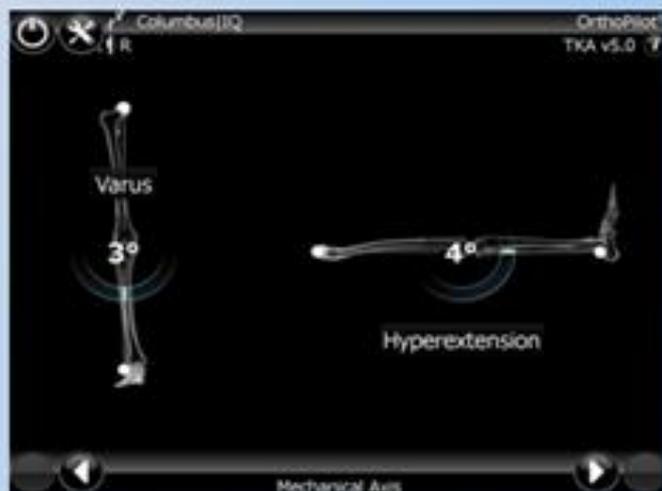
Display

Trolley

Transmitter



Una serie di acquisizioni anatomiche e cinematiche permette di far "capire" al navigatore come è fatta la gamba del paziente:



Si esegue il taglio tibiale: il navigatore diventa una sorta di "righello" che misura al millimetro ed al grado verso dove stiamo andando.



RICOSTRUZIONE ASSE MECCANICO





CHECK LIST: COS'E'?

**E' UNO STRUMENTO INTRODOTTO NEL SSN
CON L'INTENTO DI GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI QUALITA'
E DI SICUREZZA**



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

WHO Guidelines for Safe Surgery 2009

Safe Surgery Saves Lives



**E' UNO STRUMENTO PER LA
VERIFICA PROCEDURALE
CON LA FINALITA' DI FAVORIRE
IN MODO SISTEMATICO L'ADERENZA
ALL'IMPLEMENTAZIONE
DEGLI STANDARD DI SICUREZZA
RACCOMANDATI PER PREVENIRE
LA MORTALITA'
E LE COMPLICANZE POST-OPERATORIE**



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Vol. 361:1401-1406, Oct 1, 2009, n. 14

Balancing No blame with accountability in patient safety

Buone prassi di qualità e sicurezza → professionalità

- Lavaggio delle mani
- Time out
- Marcare il sito chirurgico
- Checklist per CVC

RM WACHTER & PJ PROVONOST



Art.1 LEX GELLI-BIANCO 24/2017



Sicurezza delle cure in sanità

1, La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla **prevenzione e alla gestione del rischio** connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e **l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.**

3. **Alle attività di prevenzione del rischio** messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, **è tenuto a concorrere tutto il personale**, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.



Prima dell'ingresso in sala operatoria

Ingresso in sala operatoria

- Il paziente ha:
 - Nome cognome
 - Sito chirurgico
 - Procedura
 - Consenso

- Sito chirurgico segnato

- Checklist anestetico

- Saturimetro

Il paziente ha:

Allergie note

- No
- Si

Vie aeree disinfestate

- No
- Sì, sono stati disinfestati

Rischio di embolia (7ml/Kg per ora)

- No
- Sì, sono stati somministrati e fluidi da infondere

Additional notes — promoting a safety culture

Modifying the Checklist

The Checklist should be modified to account for differences among facilities with respect to their processes, the culture of their operating rooms and the degree of familiarity each team member has with each other. However, removing safety steps because they cannot be accomplished in the existing environment or circumstances is strongly discouraged. The safety steps should inspire effective change that will bring an operating team to comply with each and every element of the Checklist.

Modification of the Checklist should be undertaken with a critical eye. Surgeons, anaesthetists, and nurses should be involved in the modification process, and the resulting Checklist trialled in simulated and real-life situations in order to ensure its functionality. Additionally, many of the principles used in the development of the Checklist can also be applied to its modification.

Focused The Checklist should strive to be concise, addressing those issues that are most critical and not adequately checked by other safety mechanisms. Five to nine items in each Checklist section are ideal.

Brief The Checklist should take no more than a minute for each section to be completed. While it may be tempting to try to create a more exhaustive Checklist, the needs of fitting the Checklist into the flow of care must be balanced with this impulse.

Actionable Every item on the Checklist must be linked to a specific, unambiguous action. Items without a directly associated action will result in confusion among team members regarding what they are expected to do.

Verbal The function of the Checklist is to promote and guide a verbal interaction among team members. Performing this team Checklist is critical to its success—it will likely be far less effective if used solely as a written instrument.

Collaborative Any effort to modify the Checklist should be in collaboration with representatives from groups who might be involved in using it. Actively seeking input from nurses, anaesthetists, surgeons and others is important not only in helping to make appropriate

Tested

Prior to any rollout of a modified Checklist, it should be tested in a limited setting. The real-time feedback of clinicians is essential to successful development of a Checklist and its integration into the processes of care. Testing through a "simulation" as simple as running through the Checklist with team members sitting around a table is important. We also suggest using the Checklist for a single day by a single operating team and collecting feedback. Modify the Checklist or the way that it is incorporated into care accordingly and then try the Checklist again in a single operating room. Continue this process until you are comfortable that the Checklist you have created works in your environment. Then consider a wider implementation program.

Integrated

Many institutions already have strategies to insure the reliable performance of many of the processes that are part of the WHO Checklist. Integrating new safety checks into the processes is challenging but possible in nearly all settings. The major additions to existing routines involve the integration of team communication, briefings, and debriefings. These items are of critical importance and should not be removed from the Checklist.

In order to ensure brevity, the WHO Surgical Safety Checklist was not intended to be comprehensive. Teams may consider adding other safety checks for specific procedures, particularly if they are part of a routine process established in the facility. Each phase should be used as an opportunity to verify that critical safety steps are consistently completed. Additional steps might include confirmation of venous thromboembolism prophylaxis by mechanical means (such as sequential compression boots and stockings) and/or medical means (such as heparin or warfarin) when indicated, the availability of essential implants (such as mesh or a prosthetic), other equipment needs or critical preoperative biopsy results, laboratory results or blood type. Each locale is encouraged to reformat, reorder or revise the Checklist to accommodate local practice while ensuring completion of the critical safety steps in an efficient manner. As noted above facilities and individuals are cautioned against making the Checklist unmanageably complex.

zione)

ne esca dalla
oria

gn out)

a conferma
:

tervento
zione.

, garze, aghi etc.

rrettamente
ne del paziente)

essi alle
ati segnalati

estesisti

nalizzare e

icontrati

uesto paziente.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO



*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**



Ottobre 2009

MINISTERO DELLA
SALUTE



**ELABORAZIONE
RACCOMANDAZIONI PER
LA SICUREZZA IN SALA
OPERATORIA**



A LIVELLO NAZIONALE:

1	Operare il paziente corretto ed il sito corretto
2	Prevenire complicanze da anestesia e garantire un'adeguata analgesia
3	Gestione delle vie aeree e della funzione respiratoria
4	Controllo e gestione del rischio emorragico
5	Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
6	Prevenire le infezioni del sito chirurgico
7	Prevenire ritenzione di materiale nel sito chirurgico
8	Corretta identificazione dei campioni chirurgici
9	Efficace comunicazione in chirurgia
10	Attivare sistemi di valutazione dell'assistenza chirurgica
11	Profilassi tromboembolica postoperatoria
12	Corretta gestione del paziente: preparazione e posizionamento
13	Corretta redazione registro operatorio
14	Corretta gestione programma operatorio giornaliero
15	Documentazione anestesilogica
16	Corretta gestione impianti e tecnologie in sala operatoria



CHECK LIST:



**3 FASI:
SIGN IN
TIME OUT
SIGN OUT**

Fasi	I 20 controlli della checklist
<p>Sign In</p> <p>Quando: prima dell'induzione dell'anestesia</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi 2. conferma marcatura del sito di intervento 3. conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia 4. conferma posizionamento del pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento 5. identificazione rischi allergie 6. identificazione rischi difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione 7. identificazione rischio di perdita ematica
<p>Time Out</p> <p>Quando: dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica per confermare che i diversi controlli siano stati eseguiti</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. si sono presentati tutti i componenti dell'équipe con il proprio nome e funzione 2. il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente - sede d'intervento - procedura - corretto posizionamento 3. criticità chirurgo 4. criticità anestesista 5. criticità infermiere 6. conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti 7. visualizzazione immagini diagnostiche
<p>Sign Out</p> <p>Quando: si svolge durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione 2. conferma conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico 3. conferma etichettatura del campione chirurgico 4. conferma problemi relativamente all'uso di dispositivi medici 5. chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria 6. conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso





... ED IN AMBITO ORTOPEDICO??

CHECK-LIST PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SETTICO IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cognome e nome paziente

Cartella clinica n. UO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE (ETICHETTA)

IN REPARTO		IN PREPARAZIONE		IN SALA OPERATORIA		IN SALA RISVEGLIO	
Identificazione Paziente	SI No	Identificazione del Paziente	SI No	Identificazione Paziente	SI No	Identificazione Paziente	SI No
Consenso al ricovero	SI No	Controllo tipo intervento	SI No	Alfame di funzionamento apparecchiatura	SI No	Sistema di monitoraggio	SI No
Anamnesi	SI No	Controllo lato e sito chirurgico	SI No	Scrittura	SI No	Firma del responsabile verificatore	SI No
Diario clinico	SI No	Consensi allo specifico atto chirurgico	SI No	Scrittura	SI No	Data e ora	SI No
Cartella infermieristica	SI No	Profilassi farmacologica preoperatoria (se prescritta)	SI No	Scrittura	SI No	Firma del testimone	SI No
Esami di laboratorio	SI No	Controllo di ossemezzatura e anestesilogica	SI No	Scrittura	SI No	Disposizione della strumentazione	SI No
ECG	SI No	Controllo consenso Rv	SI No	Scrittura	SI No	FUTT reparto	SI No
Rx torace	SI No	Firma del responsabile verificatore	SI No	Scrittura	SI No	FUTT anestesia	SI No
Altre indagini radiografiche	SI No	Data e ora	SI No	Scrittura	SI No	Compilazione e cartella anestesilogica	SI No
FUTT reparto	SI No	Firma del testimone	SI No	Scrittura	SI No	Trasferibilità del Paziente	SI No
Consenso e visita a anestesiologia preoperatoria	SI No	IN SALA OPERATORIA	SI No	Scrittura	SI No	Firma del responsabile verificatore	SI No
Visita a parare	SI No	Identificazione Paziente	SI No	Scrittura	SI No	Data e ora	SI No
Consenso rischio biologico	SI No	Alfame di funzionamento apparecchiature	SI No	Scrittura	SI No	Firma del testimone	SI No
Consenso intervento	SI No	Letto operatorio	SI No	Scrittura	SI No	Disposizione della strumentazione	SI No
Consenso su trasfusione/emoderivati	SI No	Scrittura	SI No	Scrittura	SI No	FUTT reparto	SI No
Riutilizzo sangue	SI No	Disponibilità del briliatore (blocc operatorio)	SI No	Scrittura	SI No	Documentazione e completamento cartella clinica	SI No
Consenso anestesio a ssa/biofarmaci	SI No	Aspiratore anestesilogico-chirurgico	SI No	Scrittura	SI No	Firma del responsabile verificatore	SI No
Riutilizzo a ssa/biofarmaci	SI No	Sistema elettrocoagulazione/elettrocauterio a piastra	SI No	Scrittura	SI No	Data e ora	SI No
Profilassi farmacologica preoperatoria (se prescritta)	SI No	Apparecchio di anestesia	SI No	Scrittura	SI No	Disposizione della strumentazione	SI No
Preparazione operando	SI No	Sistema di monitoraggio	SI No	Scrittura	SI No	Disposizione della strumentazione	SI No
Identificazione Paziente	SI No	Disponibilità app. di briliatore	SI No	Scrittura	SI No	RIENTRO IN REPARTO	SI No
Diagnosi	SI No	Disposizione della strumentazione a ssa/copia	SI No	Scrittura	SI No	Identificazione Paziente	SI No
Pulizia interlode	SI No	Disposizione della strumentazione anestetica	SI No	Scrittura	SI No	Disposizione della strumentazione e prescrizioni postoperatoria	SI No
Assenza protesi mobili	SI No	Verifica correttezza lato operatorio	SI No	Scrittura	SI No	FUTT anestesia e rianestesia	SI No
Igiene personale	SI No	Al termine dell'intervento	SI No	Scrittura	SI No	FUTT reparto	SI No
Natura e sito e lato chirurgico	SI No	Riutilizzo a ssa/biofarmaci	SI No	Scrittura	SI No	Documentazione e completamento cartella clinica	SI No
Trasfusione	SI No	Scarto materiali impiantati	SI No	Scrittura	SI No	Firma del responsabile verificatore	SI No
		Compilazione registro verbale operatorio (parte chirurgica)	SI No	Scrittura	SI No	Data e ora	SI No
		Controllo Rx postoperatorio	SI No	Scrittura	SI No		

Firma del responsabile verificatore Firma del responsabile verificatore Firma del testimone

Data e ora Data e ora

Firma del testimone Firma del testimone

EVENTI AVVERSI
Specificare tempi e modalità

SIOT 2010
PRESIDENTE
PROF.PIETRO BARTOLOZZI

Fase preoperatoria	SI	NO
1. Sono state, quando possibile, identificate e trattate tutte le infezioni distanti dal sito chirurgico prima di un intervento elettivo; rimandando l'intervento su un paziente con infezioni lontane dal sito chirurgico, fino a quando esse siano state risolte?		
2. Non è stata praticata la tricatomia nel preoperatorio, a meno che i peli in corrispondenza o attorno al sito chirurgico interferiscano con l'intervento?		
3. È stata effettuata la tricatomia, immediatamente prima dell'intervento, evitando di produrre abrasioni cutanee?		
4. È stato controllato adeguatamente il livello di glucosio nel sangue nel paziente diabetico e soprattutto è stato evitato l'iperglicemia nel periodo preoperatorio?		
5. È stata somministrata una profilassi antibiotica solo quando indicato e selezionati i tipi di antibiotico in base alla loro efficacia contro i patogeni più comunemente causa di SSI per lo specifico tipo di intervento e in base alle raccomandazioni locali		
6. È stata somministrata la dose iniziale di antibiotico per via venosa, in modo tale che sia presente una concentrazione battericida nel siero e nei tessuti del paziente nel momento in cui è stata eseguita l'incisione, mantenendo nel siero e nei tessuti concentrazioni terapeutiche del farmaco durante tutto l'intervento e al massimo per poche ore dopo che la ferita è stata chiusa in sala operatoria?		

Data e Firma		
Fase intraoperatoria	SI	NO
7. È stato effettuato un approfondito lavaggio preoperatorio delle mani, per almeno 4 minuti, usando un appropriato antisettico e lavando le mani e gli avambracci fino ai gomiti?		
8. Sono state tenute chiuse le porte della sala operatoria ed è stato limitato l'accesso in modo adeguato?		
9. È stata attuata la normale procedura di sanificazione e disinfezione prevista tra un intervento e l'altro?		
10. Tra un intervento chirurgico e l'altro: sono stati cambiati gli indumenti protettivi esterni (camicia, guanti, mascherina, capriccio, calzari, ecc.)?		
11. Durante lo stesso intervento: è stata sostituita la divisa chirurgica visibilmente sporca, contaminata o intrisa di sangue o altri materiali potenzialmente infettivi?		
12. Sono stati rispettati i principi dell'asepsi quando sono stati posizionati dispositivi intravascolari (es. cateteri venosi centrali), cateteri per anestesia spinale o epidurale e quando sono stati somministrati farmaci intravenosi?		
13. Sono stati trattati i tessuti in modo non traumatico, mantenendo una emostasi efficace, minimizzando la presenza di tessuti devitalizzati (necrotici, coagulati) e di corpi estranei (es. suture), eliminando gli spazi morti nella ferita chirurgica?		
14. Si è ricorso alla chiusura primaria ritardata oppure è stata lasciata la ferita aperta per una guarigione per seconda intenzione, se il chirurgo ha ritenuto che la ferita era fortemente contaminata (es. classe III e classe IV)?		

Data e Firma		
Fase postoperatoria	SI	NO
15. Se si è reso necessario un drenaggio, è stato utilizzato un sistema ad espirazione chiusa, posizionando il drenaggio attraverso una incisione separata e distante dall'incisione chirurgica e rimuovendolo appena possibile?		

Data e Firma		
Fase postoperatoria	SI	NO
16. Sono stati controllati adeguatamente il livello di glucosio nel sangue del paziente diabetico e soprattutto sono state evitate l'iperglicemia nel periodo postoperatorio?		
17. Sono state lavate le mani prima e dopo aver cambiato medicazioni e ad ogni contatto con la ferita chirurgica?		
18. È stato usato la tecnica sterile quando è stata cambiata una medicazione?		

Data e Firma



Regione Lombardia

DECRETO N. 1275

Del 04/02/2019

Identificativo Atto n. 42

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto:

APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI DI INDIRIZZO OPERATIVO «CHECK LIST CHIRURGIA SICURA 2.0» E «MANUALE DI GUIDA ALLA COMPILAZIONE ED UTILIZZO DELLA CHECK LIST CHIRURGIA SICURA 2.0».



Approvazione di Regione Lombardia della Check List Chirurgia Sicura 2.0

DECRETA

1. Di approvare il documento "Check List Chirurgia Sicura 2.0", composta da due strumenti: "Check List di Sistema" e "Check List Paziente" ed il relativo "Manuale di guida alla compilazione ed utilizzo della Check List Chirurgia Sicura 2.0" - Allegati parti integranti del presente provvedimento;
2. Di stabilire che il documento in argomento sia utilizzato come strumento di assessment del paziente candidato ad intervento chirurgico nelle ASST/IRCCS pubblici e privati del territorio lombardo per le procedure chirurgiche in qualsiasi regime assistenziale (ambulatoriale, BIC, DH e ricovero ordinario), le procedure di radiologia interventistica, endoscopia digestiva, emodinamica ed elettrofisiologia, tutte le altre procedure endoscopiche diagnostiche ed operative ad esclusione delle procedure di posizionamento di cateteri vascolari e vescicali di qualsiasi natura e la chirurgia odontoiatrica;
3. Di disporre la pubblicazione del documento sul Portale di Regione Lombardia, www.regione.lombardia.it;
4. Di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli art. 26 e 27 del D. Lgs 33/2013.

IL DIRETTORE GENERALE

Manuale di guida alla compilazione e utilizzo della Check List Chirurgia Sicura 2.0



Check List Chirurgia Sicura 2.0

MANUALE DI GUIDA ALLA COMPILAZIONE E UTILIZZO DELLA
CHECK LIST CHIRURGIA SICURA 2.0

Il Manuale, "Guida alla compilazione e utilizzo della Check List Chirurgia Sicura 2.0", di seguito indicato come "Manuale", ha la finalità di fornire una *overview* della *checklist* redatta all'interno del progetto sviluppato dal gruppo regionale dei Risk Manager di Regione Lombardia denominato "Check List Chirurgia Sicura 2.0".

La Check List è stata redatta con riferimento alle più recenti normative e *standard* di Qualità regionali e nazionali, nonché attraverso la disamina puntuale di tutta la letteratura scientifica pubblicata sino a marzo 2017. Essa può essere utilizzata come strumento integrato del processo di *assessment* del Paziente candidato ad intervento chirurgico.

3 FASI → 6 FASI!!!!

ASST Fatebenefratelli Sacco

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Codice ricovero _____

etichette a barre

CHEMICA
PERCORSO SICURO
URGIA

IDR_01
Rev. 02 del 01.01.2022
Rif. IDF_RM_01
Pag. 1 / 2

TIPO INTERVENTO: _____
LATERALITÀ: _____
SIGN NP DES

PRERICOVERO Data _____

FASE 0 PRERICOVERO

Prima del ricovero

C	SI	Identità, diagnosi, procedura, sito e lato confermati
C	SI NO	Sono necessari dispositivi, protesi, apparecchiature particolari
C	SI NO	Sono necessari altri esami ematochimici/ diagnostici all'ingresso
C	SI NO NP	Sono state date indicazioni per la assunzione o la sospensione di farmaci prima dell'intervento
C	SI NO NP	È stata prescritta una profilassi antibiotica
C	SI NO NP	È necessaria una profilassi antitrombotica
C	SI NO	Sono state valutate eventuali allergie
C	SI NO	Consenso informato all'intervento firmato e completo (Con eventuale Allegato)
C	SI NO NP	Consenso informato alle trasfusioni firmato e completo
C	SI NO NP	Consegna esami eseguiti in altro Ente

Prima del sign in

A	SI NO	Necessità di altri esami ematochimici/ diagnostici all'ingresso
A	SI NO	Necessità di assunzione di farmaci prima dell'intervento
A	SI NO	Necessità di sospensione di farmaci prima dell'intervento
A	SI NO	Il consenso informato all'anestesia è firmato e completo (Con Foglio Informativo)
A	SI NO NP	Necessità di profilassi antiallergica

NON COMPIRE SE ANESTESIA TOPICA

Firma Chirurgo _____
Firma Anestesista _____

REPARTO Data _____

FASE 1 PREPARAZIONE PREOPERATORIA

Prima del sign in

IO	SI	Paziente identificato
CT/O	SI NO	Referti esami preoperatori
IO	SI NO	Etichette codice a barre del paziente
CT/O	SI NO	Consenso informato all'intervento firmato e completo
A/O	SI NO NP	Consenso informato all'anestesia firmato
CT/O	SI NO NP	Consenso informato alle trasfusioni firmato
IO	SI NO	Sono state valutate eventuali allergie
IO	SI NO NP	Digiuno
IO	SI	Pulizia intestinale
IO	SI	Igiene personale
IO	SI NP	Protesi mobili, piercing, smalto e trucco rimossi
IO	SI NP	Calze antitrombotiche
IO	SI NP	Tricotomia
IO	SI NO NP	Le prescrizioni terapeutiche sono state seguite correttamente
IO	SI NO	Accesso venoso periferico
C	SI NP	Sito chirurgico marcato

Firma Chirurgo _____
Firma Anestesista _____
Firma Infermiere _____ Firma Ostetrica _____

BLOCCO OPERATORIO/BLOCCO PARTO

FASE 2 SIGN IN

Prima dell'anestesia

A/CI/O	SI	Il paziente ha confermato identità, sede, tipo di intervento e consenso
C/O	SI NO	Consenso informato all'intervento firmato e completo
A/O	SI NO NP	Consenso informato all'anestesia firmato
A/CI/O	SI NO NP	Consenso informato alle trasfusioni firmato
C	SI NP	Verifica sito chirurgico marcato
C	SI NP	Immagini diagnostiche
IO	SI NP	Braccialetti neonato

A/C	SI NO	Il paziente ha allergie
A	SI	Sistemi di monitoraggio attivati
A	SI	Farmaci e presidi anestesiolgici verificati
A	SI NO	Difficoltà gestione vie aeree o rischio di aspirazione
A	SI NO	Rischio di emorragia >500 ml (7ml/kg nei bambini)

Firma Chirurgo _____
Firma Anestesista _____
Firma Infermiere _____ Firma Ostetrica _____

Legenda: A Anestesista, C Chirurgo, I Infermiere, O Ostetrica, NP Non pertinente, CT Coordinatore Time Out



FASE 3 TIME OUT

Prima dell'incisione

CT	SI	Presentazioni operatori in sala	NO	SI	Processi di sterilizzazione validati
CT	SI	Chirurgo, anestesista e infermiere hanno confermato l'identità del paziente, il tipo di intervento, il corretto posizionamento			Valutazione eventuali criticità effettuata:
CT	SI	NP	SI		Chirurgo: durata intervento, perdite di sangue, passaggi critici inattesi
A/C/NO	SI	Apparecchiature, dispositivi e protesi necessari disponibili e verificati	CT	SI	Anestesista: aspetti critici relativi al paziente
C	SI	NO	NP		Anticoagulanti somministrata

Firma Coordinatore TIME OUT (CT)

FASE 5 ACCETTAZIONE IN REPARTO/TI

Al momento del ritorno in degenza

NO	SI	Paziente identificato		
NO	SI	NO	Consensi informati completi in cartella	
NO	SI	NO	Verbale operatorio firmato in cartella	
NO	SI	NO	NP	Scheda anestesiologicala in cartella
NO	SI	NO	SUT/FUT compilato in cartella	
NO	SI	NO	Controlli post-operatori prescritti	
NO	SI	NO	NP	Moduli trasfusionali completi

Firma Infermiere

Firma Ostetrica

FASE 4 SIGN OUT

Prima che il paziente lasci la sala operatoria/blocco parto

A/C/NO	SI	Procedura chirurgica registrata	NO	SI	NP	Etichettatura prelievi istologici	
NO	SI	NP	A/C/NO	SI	NO	Verificato il corretto funzionamento delle apparecchiature	
		È stata applicata la procedura per il conteggio di garze, strumenti e taglianti?	C/NO	SI	NO	NP	Proflassi tromboembolismo
			O	SI	NO	NP	Raccolta cordonale eseguita
			NO	SI	NP	Neonato identificato	

Firma Chirurgo

Firma Anestesista

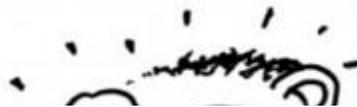
Firma Infermiere

Firma Ostetrica

Note:



CONCLUSIONI



Grazie !!!



RISK MANAGEMENT

RISK ANALYSIS