

BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO

Indicazioni per la corretta compilazione della Check list Taglio Cesareo

A seguito della pubblicazione delle buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo (DRG 2050/2019) e alle indicazioni regionali in tema di sicurezza in sala operatoria – progetto SOS.Net¹ - è stata elaborata una specifica check list per la sicurezza del taglio cesareo (SSCL-TC) .

La check list per la sicurezza del taglio cesareo (SSCL-TC), in maniera analoga alla checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), è organizzata in 3 fasi (SIGN-IN, TIME OUT e SIGN-OUT) e si articola in due moduli consentendo il monitoraggio della compilazione degli item e la registrazione delle eventuali non conformità riscontrate.

1. SSCL-TC MODULO A: check list composta da 23 item corrispondenti ai controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico di Taglio Cesareo (allegato 1)

2. SSCL-TC MODULO B: check list per la registrazione delle Non Conformità (NC) che possono essere riscontrate nei singoli step di controllo previsti (allegato 2)

Come per la SSCL, la compilazione è a cura dai membri dell'équipe chirurgica (personale ostetrico e/o infermieristico, chirurgo e anestesista); la responsabilità sulla correttezza dello svolgimento della verifica è condivisa da tutte le figure professionali dell'équipe. Le indicazioni ministeriali² e regionali³ nell'ambito del progetto regionale Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net), prevedono la designazione di un coordinatore della compilazione della Check list tra i componenti dell'equipe operatoria.

Il coordinatore è responsabile della verifica dei rispettivi controlli da parte dei membri dell'équipe; soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, il coordinatore si farà carico di contrassegnare la casella relativa all'item verificato.

L'effettuazione della check list è prevista per tutti gli interventi in elezione e in regime di urgenza. Per quanto attiene gli interventi in emergenza, si suggerisce di verificare gli item della check list SSCL-TC contrassegnati da tre asterischi (***) ed evidenziati in colore rosso come riportato nell' nell'allegato 3. Per favorirne la compilazione, si rende disponibile una check list specifica per tale livello assistenziale in formato poster stampabile.

¹ Sicurezza delle cure Regione Emilia-Romagna. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/>

² Ministero della salute. Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist. 2009. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf

³ Raccomandazioni regionali sulla sicurezza in sala operatoria. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/sale-operatorie-sicure-sos-net>

MODULO A: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO	
SIGN-IN	
Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	
Il Sign-In si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti 10 controlli:	
<p>1. La donna ha confermato:</p> <p><input type="checkbox"/> identità</p> <p><input type="checkbox"/> procedura</p> <p><input type="checkbox"/> consensi anestesiológicos/ chirurgico/emocomponenti</p>	<p>Il coordinatore deve verificare verbalmente con la paziente la correttezza dell'identità, della procedura e la sottoscrizione del consenso all'intervento chirurgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IDENTITÀ DEL PAZIENTE: Occorre comunque sempre fare riferimento alla procedura aziendale sulla corretta identificazione del paziente e alle specifiche normative e indicazioni nazionali/regionali. Se si tratta di una minore, di una paziente non collaborante o di una paziente impossibilitata a comunicare, la verifica della corretta identità va effettuata attraverso il tutore legale o familiare dello stesso o altro soggetto dichiarante (previo accertamento dell'identità del dichiarante). ▪ PROCEDURA: è necessario confermare la procedura in particolare quando sono previste altre procedure concomitanti al taglio cesareo. ▪ CONSENSI (anestesiológico/ chirurgico/ emocomponenti): È necessario fare riferimento alle specifiche indicazioni normative e regionali e alla procedura aziendale di acquisizione del consenso informato. Precisazione: per quanto riguarda il consenso per gli emocomponenti, questo deve essere acquisito in casi specifici, ossia se si tratta di una paziente a rischio secondo i protocolli di corretta valutazione e gestione del rischio emorragico.
<p>2. La donna riferisce / presenta allergie</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Il coordinatore dovrà verificare verbalmente con la paziente, l'anestesista e il chirurgo il rischio di reazioni allergiche.</p> <p>Le Non Conformità (NC) previste sono mutualmente esclusive, pertanto è possibile selezionare una sola NC.</p>
<p>3. La donna presenta difficoltà di gestione delle vie aeree?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, strumentazione /assistenza disponibile</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Il coordinatore dovrà verificare verbalmente con l'anestesista il rischio di difficoltà di gestione delle vie aeree.</p> <p>Qualora si dovesse riscontrare una valutazione incompleta o assente (cfr. Linee di indirizzo regionali per la gestione delle vie aeree nell'adulto) è necessario segnalare la NC.</p>
<p>4. La donna presenta un rischio emorragico che necessita la richiesta di emocomponenti?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, emocomponenti richiesti ed accesso endovenoso adeguato</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Se sono presenti fattori di rischio conosciuti, questi devono esplicitati (oppure dichiarati) al momento della compilazione della check list. Se si è valutato un rischio di perdite ematiche tale per cui si potrebbe ricorrere alla trasfusione di emocomponenti (ad esempio placentazione anomala invasiva), si deve verificare che tali emocomponenti siano stati richiesti sulla base delle procedure aziendali e siano disponibili; in caso contrario occorre rilevare la non conformità ed effettuare la richiesta di emocomponenti.</p> <p>In tutte le donne sottoposte a taglio cesareo, si deve verificare che sia stato posizionato uno o più accessi venosi funzionanti e di calibro adeguato. Nel caso in cui si rilevi la mancata valutazione del rischio, è necessario rilevare la specifica Non Conformità (NC).</p> <p>Nota bene: se viene rilevata la NC "mancata valutazione del rischio emorragico" non è possibile rilevare anche la NC relativa alla mancata richiesta di emocomponenti.</p>
<p>5. Il Chirurgo ha verificato:</p> <p><input type="checkbox"/> indicazione e complessità dell'intervento/procedura del taglio cesareo</p>	<p>Il coordinatore dovrà contrassegnare la corrispettiva casella dopo aver verificato con l'équipe l'indicazione al taglio cesareo, la possibile complessità dell'intervento legata alla storia anamnestica della donna.</p>

<p>6. Il Chirurgo ha verificato l'effettuazione dell'ecografia:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non indicata</p>	<p>Il coordinatore dovrà contrassegnare la corrispettiva casella dopo aver verificato con l'equipe l'avvenuta esecuzione dell'ecografia nei casi in cui è necessario valutare la sede di isterotomia [localizzazione placentare, polimiomatosi, malformazione uterina] e presentazione fetale [presentazione non cefalica, gemellarità].</p>
<p>7. L'Ostetrica/Infermiere ha effettuato i controlli delle apparecchiature/presidi di anestesia e di sala operatoria:</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Il coordinatore si dovrà accertare che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature) e per il corretto funzionamento delle apparecchiature di sala operatoria. Si sottolinea che in occasione della verifica del corretto funzionamento delle apparecchiature è opportuno verificare anche la presenza e funzionalità degli altri dispositivi medici che potrebbero essere necessari durante il Taglio Cesareo: ad es. sistema riscaldamento fluidi, sistema riscaldamento paziente, presidi/dispositivi per inibire la dispersione termica intraoperatoria, Bakri Balloon, ventosa ostetrica, gambali per posizione ginecologica.</p>
<p>8. L'Ostetrica/Infermiere ha verificato effettuazione e correttezza della profilassi per rischio di aspirazione:</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Il coordinatore chiede di confermare che la profilassi per il rischio di aspirazione sia stata prescritta e somministrata/effettuata correttamente, in particolar modo nel rispetto della tempistica.</p> <p>Nel caso in cui si rilevino criticità correlate alla profilassi per il rischio di aspirazione, è necessario rilevare la specifica Non Conformità (NC).</p> <p>Nota bene: se viene rilevata la NC "profilassi non prescritta" non è possibile rilevare anche le NC relative alla profilassi non eseguita correttamente e a problemi nella fornitura di farmaci.</p>
<p>9. L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la rimozione dei monili:</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Il coordinatore deve verificare verbalmente con l'Ostetrica/Infermiera che la donna sia stata correttamente preparata al taglio cesareo controllando in particolare la rimozione di monili come anelli, piercing, etc.</p>
<p>10. Il Team ha verificato l'allestimento dell'isola neonatale e completezza del carrello di rianimazione neonatale</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Il Team dovrà verificare verbalmente che siano stati effettuati i controlli relativi al corretto allestimento dell'isola neonatale e alla completezza del carrello di rianimazione neonatale.</p>
<p>11. Il Team neonatologico è stato avvisato e informato sulla base delle modalità previste (nei casi con indicazione clinica)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non prevista l'attivazione</p>	<p>Il coordinatore chiede conferma all'equipe operatoria dell'avvenuta attivazione del Team neonatologico a cui è stata comunicata la categoria di urgenza del taglio cesareo e l'indicazione al taglio cesareo (nei casi con indicazione clinica).</p> <p>Le Non Conformità (NC) previste sono mutualmente esclusive, pertanto non è possibile selezionarle entrambe.</p>
<p>TIME OUT</p> <p>Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</p>	
<p>Il time out è un breve momento di "pausa chirurgica" che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea, richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti 6 controlli:</p>	
<p>1. I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono conosciuti a tutti i suoi membri e previsti nella nota operatoria</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Il coordinatore verifica che i nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe siano conosciuti da tutti i suoi membri e verifica la corrispondenza di questi rispetto la nota operatoria.</p>
<p>2. Chirurgo, Anestesista e Ostetrica/Infermiere confermano</p> <p><input type="checkbox"/> identità del paziente <input type="checkbox"/> procedura <input type="checkbox"/> corretta posizione donna <input type="checkbox"/> corretto posizionamento del catetere vescicale</p>	<p>Il coordinatore chiede all'équipe operatoria di confermare il nome della paziente, la procedura chirurgica, il corretto posizionamento del catetere vescicale, il corretto posizionamento della donna (la donna deve essere distesa in posizione supina, con una rotazione di circa 15° a sinistra per evitare l'ipotensione da compressione della vena cava da parte dell'utero gravido e torace sollevato di 20°-30°).</p>
<p>3. Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche, necessità di</p>	<p>Il chirurgo condivide con l'equipe operatoria gli elementi critici dell'intervento chirurgico, specificando particolari criticità come, ad esempio, un aumento del rischio emorragico, la presenza di un'anomalia dell'inserzione placentare, la possibile difficoltà dell'estrazione fetale, ecc. (ad esempio il chirurgo potrebbe</p>

<p>procedure aggiuntive, ubicazione del sito placentare ed altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>dire: “Questo è un taglio cesareo elettivo di X durata, in una donna con 2 pregressi tagli cesarei per cui il rischio di perdite ematiche è aumentato”)</p>
<p>4. L’Anestesista ha informato l’équipe sulle specificità della donna, rischio ASA ed altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>L’anestesista condivide con l’équipe operatoria le specificità della donna, rischio ASA ed altre criticità (ad esempio l’anestesista condivide la possibile difficoltà di gestione delle vie aeree prima di indurre l’anestesia, anche quando non sia prevista l’intubazione, al fine di individuare le potenziali difficoltà e predisporre la strumentazione necessaria).</p>
<p>5. L’Ostetrica/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>L’Ostetrica/Infermiere ha comunicato all’équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità. Inoltre conferma verbalmente il corretto posizionamento e connessione della piastra nel caso si utilizzi l’elettrobisturi.</p>
<p>6. Verifica effettuazione e correttezza della profilassi antibiotica</p> <input type="checkbox"/>	<p>Il coordinatore chiede di confermare che la profilassi antibiotica sia stata prescritta e somministrata correttamente nel rispetto della tempistica. Nel caso in cui si rilevi la mancata prescrizione della profilassi antibiotica, è necessario rilevare la specifica Non Conformità (NC). Nota bene: se viene rilevata la NC “profilassi non prescritta” non è possibile rilevare anche le NC relative alla profilassi non eseguita correttamente e a problemi nella fornitura di farmaci.</p>
<p>7. Verifica della presenza del Team neonatologico</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non prevista l’attivazione	<p>Il coordinatore, prima di iniziare l’intervento, chiede conferma all’équipe della presenza del Team neonatologico (se attivato). Occorre comunque specificare quando tale attivazione non è richiesta spuntando l’apposita casella “Non prevista l’attivazione”, coerentemente con quanto riportato nell’item n. 10 del Sign-In.</p>
<p>SIGN-OUT Controlli da effettuare prima dell’uscita dalla sala operatoria</p>	
<p>L’obiettivo del Sign-Out è quello di facilitare l’appropriato trasferimento delle informazioni all’équipe ed al personale responsabile per l’assistenza della donna dopo il taglio cesareo. Il Sign out deve essere completato prima che la donna abbia lasciato la sala operatoria.</p>	
<p>1. Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell’équipe:</p> <p><input type="checkbox"/> conferma della procedura chirurgica effettuata</p> <p><input type="checkbox"/> corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario</p> <p><input type="checkbox"/> corretta quantificazione e registrazione delle perdite ematiche</p>	<p>L’équipe procede alle seguenti verifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il chirurgo condivide con l’intera équipe la procedura effettivamente eseguita. Per questo item non sono previste non conformità in quanto il caso in cui tale procedura dovesse discostarsi dalla procedura prevista e verificata al TIME-OUT, è da considerarsi come una eventualità contemplata dalla pratica clinica. ▪ L’Ostetrica/Infermiere di sala, unitamente allo strumentista, confermano ad alta voce l’avvenuto conteggio sulla base delle indicazioni riportate nella Raccomandazioni ministeriale (n. 2) e regionale per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico. Nel caso in cui si dovessero riscontrare discrepanze nel conteggio finale, l’équipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente, così da poter adottare gli opportuni provvedimenti; ▪ il Team verifica la corretta quantificazione e registrazione delle perdite ematiche.
<p>2. Conferma che il campione chirurgico/placentare con relativo contenitore e richiesta è stato correttamente etichettato secondo la procedura aziendale</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>Il Team verifica la corretta etichettatura dei campioni (chirurgico e/o placentare) leggendo ad alta voce i dati anagrafici della donna e la descrizione dei campioni, verificandone inoltre la corretta preparazione secondo le indicazioni riportate nelle specifiche procedure aziendali.</p>

<p>3. Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Il coordinatore assicura che, qualora siano emersi eventuali problemi nel funzionamento dei Dispositivi Medici (DM), essi vengano identificati e segnalati, così da prevenire che il dispositivo oggetto di criticità venga utilizzato nuovamente prima che il problema sia stato adeguatamente segnalato ed eventualmente risolto.</p> <p>In caso di problematiche, si rammenta la necessità di effettuare la segnalazione e di garantire il flusso informativo ministeriale e regionale correlato alle “linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro” (c.d. Dispositivo Vigilanza).</p> <p><u>Precisazione:</u> Lo specifico item si riferisce a eventuali problemi riscontrati e deve essere compilato (flaggato) come effettuata verifica anche quando non vengono rilevati problemi correlati all’utilizzo di Dispositivi Medici (DM). Nel caso in cui venissero rilevati problemi correlati all’utilizzo di DM, la compilazione della checklist e la rilevazione della specifica non conformità NON sono sostitutivi della segnalazione mediante Dispositivo Vigilanza.</p> <p>Nel caso in cui vi fossero dubbi in merito alla necessità di procedere a tale segnalazione, è opportuno confrontarsi con il referente Dispositivo Vigilanza locale (Farmacia Ospedaliera e/o Ingegneria Clinica).</p> <p>Si evidenzia il fatto che la verifica del “problema del dispositivo”, riguarda anche il suo possibile uso scorretto o improprio; in tal caso è opportuna anche la segnalazione al risk manager aziendale.</p>
<p>4. Il Team ha verificato:</p> <p><input type="checkbox"/> la corretta identificazione madre-neonato</p> <p><input type="checkbox"/> esecuzione dell'emogasanalisi (nei casi con indicazione clinica)</p>	<p>Il Team deve confermare ad alta voce di aver effettuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la corretta identificazione madre-neonato mediante la verifica dei braccialetti originariamente uniti riportanti il codice univoco prestampato uguale per il braccialetto destinato alla madre e per quello destinato al neonato. - l’esecuzione dell’emogasanalisi da funicolo, se indicata
<p>5. Il Team ha condiviso:</p> <p><input type="checkbox"/> criteri di uscita dalla sala operatoria</p> <p><input type="checkbox"/> gestione dell'assistenza post-operatoria e/o necessità di attivare un monitoraggio materno intensivo (ad es. MEOWS)</p> <p><input type="checkbox"/> piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio</p>	<p>Il coordinatore chiede conferma all’equipe di sala operatoria che sia stato <u>condiviso e registrato nella documentazione sanitaria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la verifica dei criteri di uscita dalla sala operatoria. Nella immediata fase postoperatoria, i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, saturazione, livello di coscienza, temperatura corporea), il tono uterino, le perdite ematiche vaginali e della ferita laparotomica e la diuresi devono essere monitorati attentamente. ▪ la gestione dell'assistenza post-operatoria e/o la necessità di attivare un monitoraggio materno intensivo. Per assicurare una appropriata assistenza alle donne che necessitano di un monitoraggio post-operatorio intensivo si raccomanda l’adozione di sistemi grafici di monitoraggio dei parametri vitali e di allarme precoce con sistema track and trigger [ad esempio Modified Early Obstetrics Warning System MEOWS] con l’obiettivo di facilitare l’identificazione tempestiva delle situazioni a rapida evoluzione clinica e ridurre l’incidenza di condizioni di grave morbosità materna. ▪ il piano per la profilassi del tromboembolismo postoperatorio, che prevede diverse misure preventive (mobilizzazione, misure generali, meccaniche e farmacologiche).

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> piano per la profilassi e/o trattamento della EPP <input type="checkbox"/> piano per il trattamento del dolore post-operatorio	<ul style="list-style-type: none">▪ il piano per la profilassi e/o trattamento della EPP, che prevede diverse misure, calibrate anche sulla base delle perdite ematiche misurate nella fase intraoperatoria. ▪ il piano per il trattamento del dolore post-operatorio.
--	---