



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

con il patrocinio di  
Istituto Superiore di Sanità



30  
ottobre  
2018

ore 8.30-18

Sala 20 Maggio 2012  
Viale della Fiera, 8  
Bologna - Italia

2a

giornata Regionale sulle  
BUONE PRATICHE per la  
SICUREZZA DELLE CURE

## Attività regionali per il miglioramento della sicurezza in chirurgia

Roberto Bentivegna  
Raffaella Delmagno  
Servizio Assistenza  
Ospedaliera Regione Emilia  
Romagna

# Attività Area Chirurgica

- Progetto Sos.net (flusso SSCL)
- Progetto OssERvare
- Linee di indirizzo «gestione delle vie aeree difficili»
- Linee di indirizzo «prevenzione del Tromboembolismo post-operatorio»
- Check list specialistiche: cataratta e taglio cesareo

# Il progetto Sos.net

**2010:** la Regione Emilia-Romagna promuove l'utilizzo della SSCL nella pratica chirurgica attraverso il **Progetto SoS.net** che incentiva l'uso della checklist nella pratica chirurgica per migliorare la sicurezza in sala operatoria e prevenire eventi avversi potenzialmente evitabili.

**2017:** introduzione della variabile "check list di sala operatoria" nel flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) nazionale (Decreto n.261 del 7 dicembre 2016); la Regione Emilia-Romagna decide di normare il flusso relativo all'utilizzo della SSCL emanando la circolare n.18 del 5 dicembre 2016 "Specifiche per la gestione della Checklist di sala operatoria"

Regione Emilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE

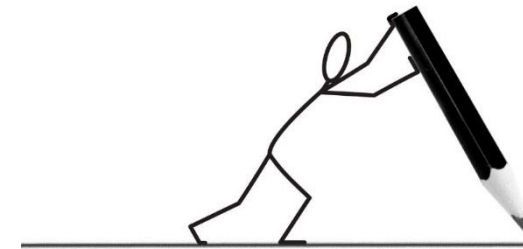
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

CIRCOLARE N. 18

REGIONE EMILIA-ROMAGNA ( r\_emiro )  
Giunta ( AOO\_EMR )  
PG/2016/0749669 del 05/12/2016 10:43:04

OGGETTO: Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) e Infezione del sito chirurgico (SICHER) - Anno 2017

SOS.net



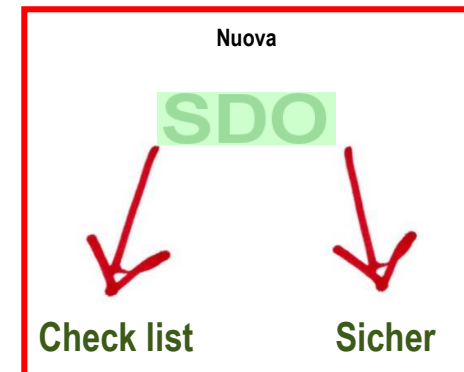
Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico  
in Emilia-Romagna



Interventi ortopedici  
dal 01/01/2007 al 31/12/2012



2017



La copertura del flusso della Check List di Sala Operatoria (SSCL) è determinata da 2 indicatori, inseriti nella Programmazione Sanitaria Regionale 2018:

- % di procedure AHRQ4 con campo "check list"="SI" nella SDO (standard: 90%)

**N. procedure AHRQ4 del flusso SDO con la variabile "check list"=SI**

---

**N. procedure AHRQ4 del flusso SDO (escluse procedure con variabile "check list"=NON APPLICABILE)**

- Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO (standard: 75%)

**N. ricoveri del flusso SDO con almeno una procedura AHRQ4 e con la variabile "check list"=SI per cui è presente almeno una checklist corrispondente nel flusso SSCL**

---

**N. ricoveri del flusso SDO con almeno una procedura AHRQ4 e con la variabile "check list"=SI**

## InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna



Monitoraggio anno in corso (DGR 919/2018)

**Entrambi gli indicatori sono presenti sul portale di indicatori INSIDER, nella sezione «Sicurezza delle cure» (dove sono presenti i dati definitivi annuali) e nel «Monitoraggio anno in corso» (dove il dato è aggiornato trimestralmente).**



Economico-Finanziario



Osservazione

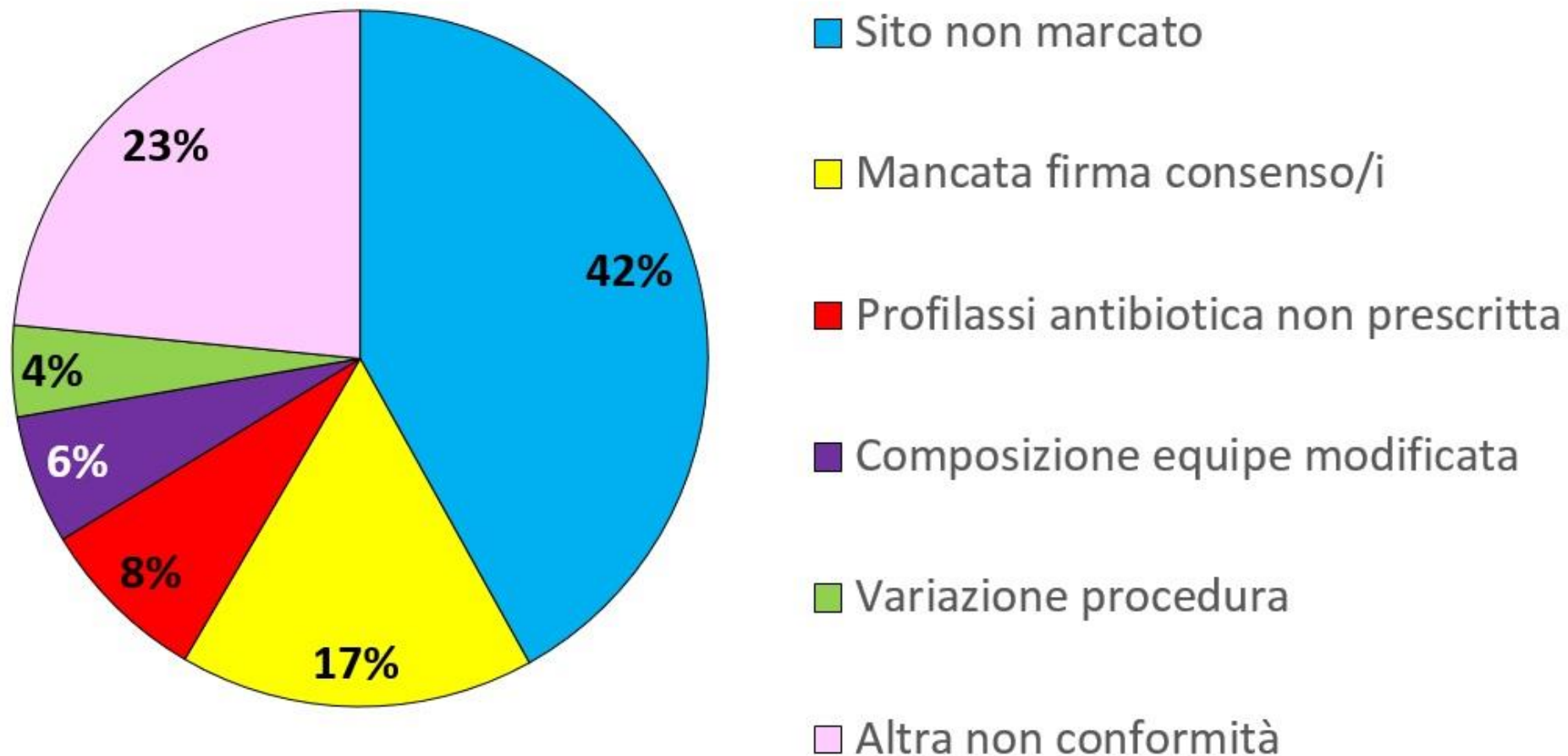


Piani di zona






Sicurezza delle Cure

## Flusso SSCL - Non conformità segnalate



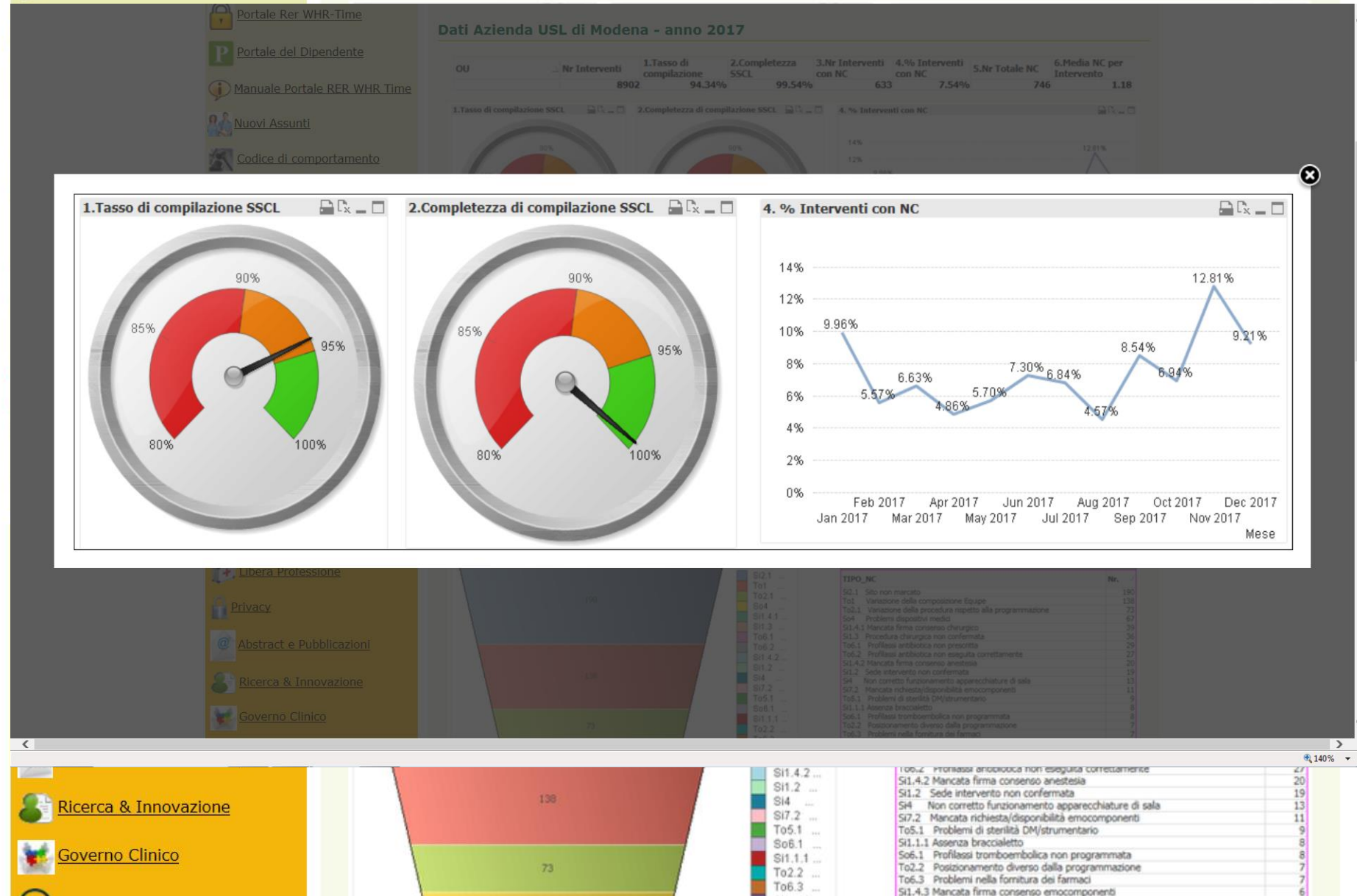
# Sito Intranet «Sicurezza delle Cure»

- ✓ Punto informativo unico
- ✓ Accessibile
- ✓ Aggiornato
- ✓ Codice colore/icone
- ✓ Riferimenti e contatti
- ✓ **Condivisione**

-  Portale Rer WHR-Time
-  Portale del Dipendente
-  Manuale Portale RER WHR Time

## Dati Azienda USL di Modena - anno 2017

OU	Nr Interventi	1.Tasso di compilazione	2.Complettezza SSCL	3.Nr Interventi con NC	4.% Interventi con NC	5.Nr Totale NC	6.Media NC per Intervento
	8902	94.34%	99.54%	633	7.54%	746	1.18



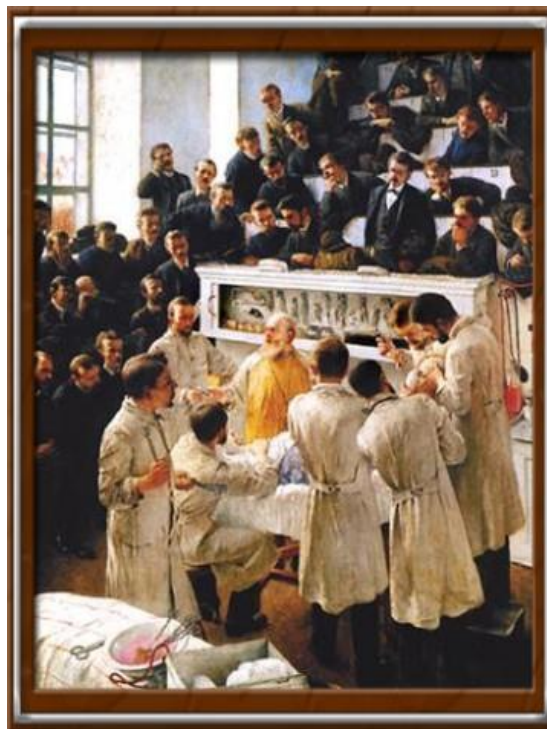
The dashboard displays the following data:

- 1.Tasso di compilazione SSCL:** Gauge chart showing a current rate of 95% (target 90%).
- 2.Complettezza di compilazione SSCL:** Gauge chart showing a current rate of 95% (target 90%).
- 4. % Interventi con NC:** Line chart showing monthly percentages from Jan 2017 to Dec 2017. The highest value is 12.81% in Nov 2017.

Mese	% Interventi con NC
Jan 2017	9.96%
Feb 2017	5.57%
Mar 2017	6.63%
Apr 2017	4.86%
May 2017	5.70%
Jun 2017	7.30%
Jul 2017	6.84%
Aug 2017	4.67%
Sep 2017	8.54%
Oct 2017	6.94%
Nov 2017	12.81%
Dec 2017	9.21%

# ***OssERvare***

## **L'OSSERVAZIONE DIRETTA DELL'APPLICAZIONE DELLA SAFETY SURGERY CHECK LIST (SSCL) IN SALA OPERATORIA**



**Strumenti per il  
miglioramento dell'uso  
della checklist in sala  
operatoria**



### ***TEMPISTICA:***

**Fase 1: NOV 2016-FEB 2017**

**Fase 2: GIU-OTT 2018**

**N. di osservazioni: 50 per azienda  
*35 chirurgia generale  
15 chirurgia ortopedica***

#### **1° fase 2016-17:**

- **14 Aziende partecipanti**
- **771 Osservazioni eseguite**

#### **2° fase 2018:**

- **13 Aziende partecipanti  
(Unica Azienda Reggio-Emilia)**
- **720 Osservazioni eseguite**

SIGN IN

[Annulla](#)



OssERvare



4) Tutti gli item sono stati verificati  
correttamente?

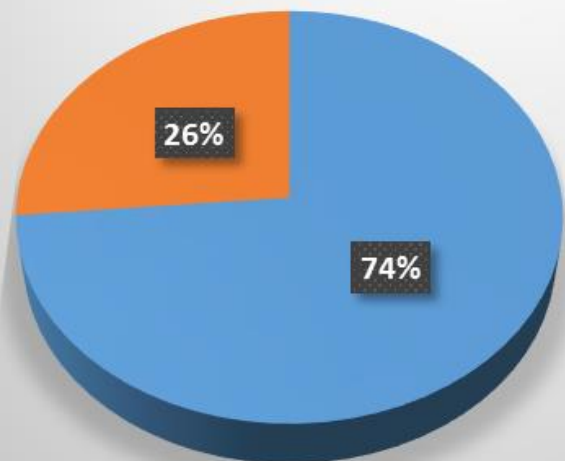
SI

NO

## OssERvare 2017 vs 2018

### Anno 2017

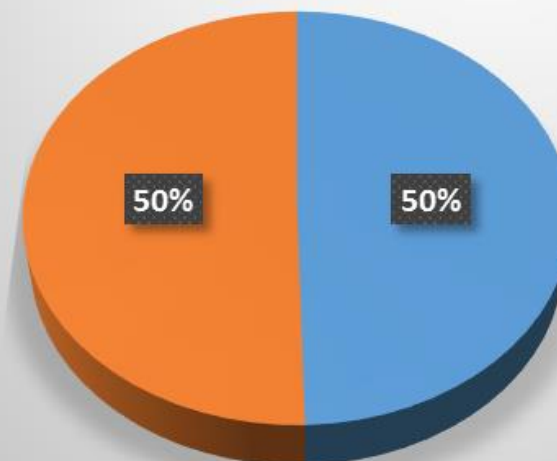
Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore?



- Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore? SI
- Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore? NO

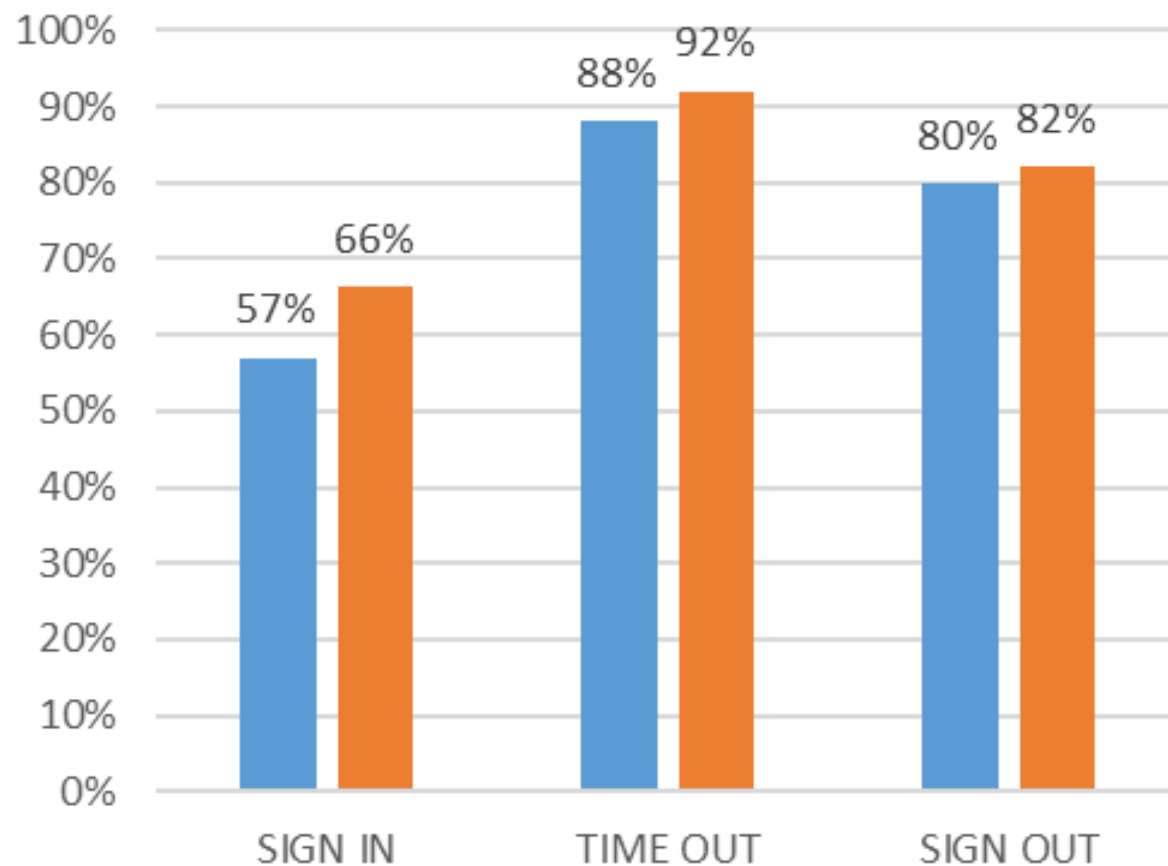
### Anno 2018

Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore?



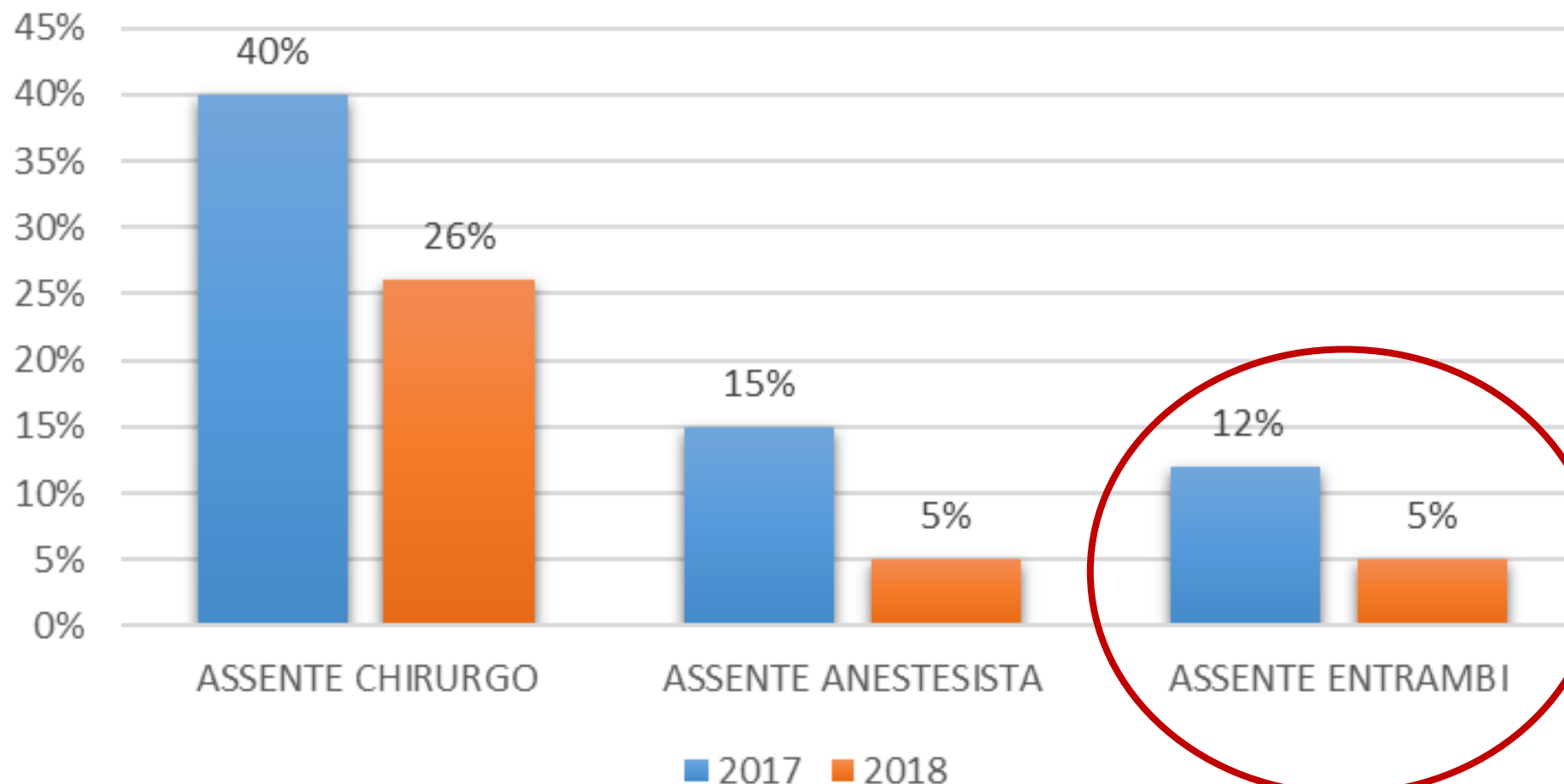
- Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore? SI
- Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore? NO

## TUTTI I COMPONENTI EQUIPE SONO PRESENTI 2017 vs 2018

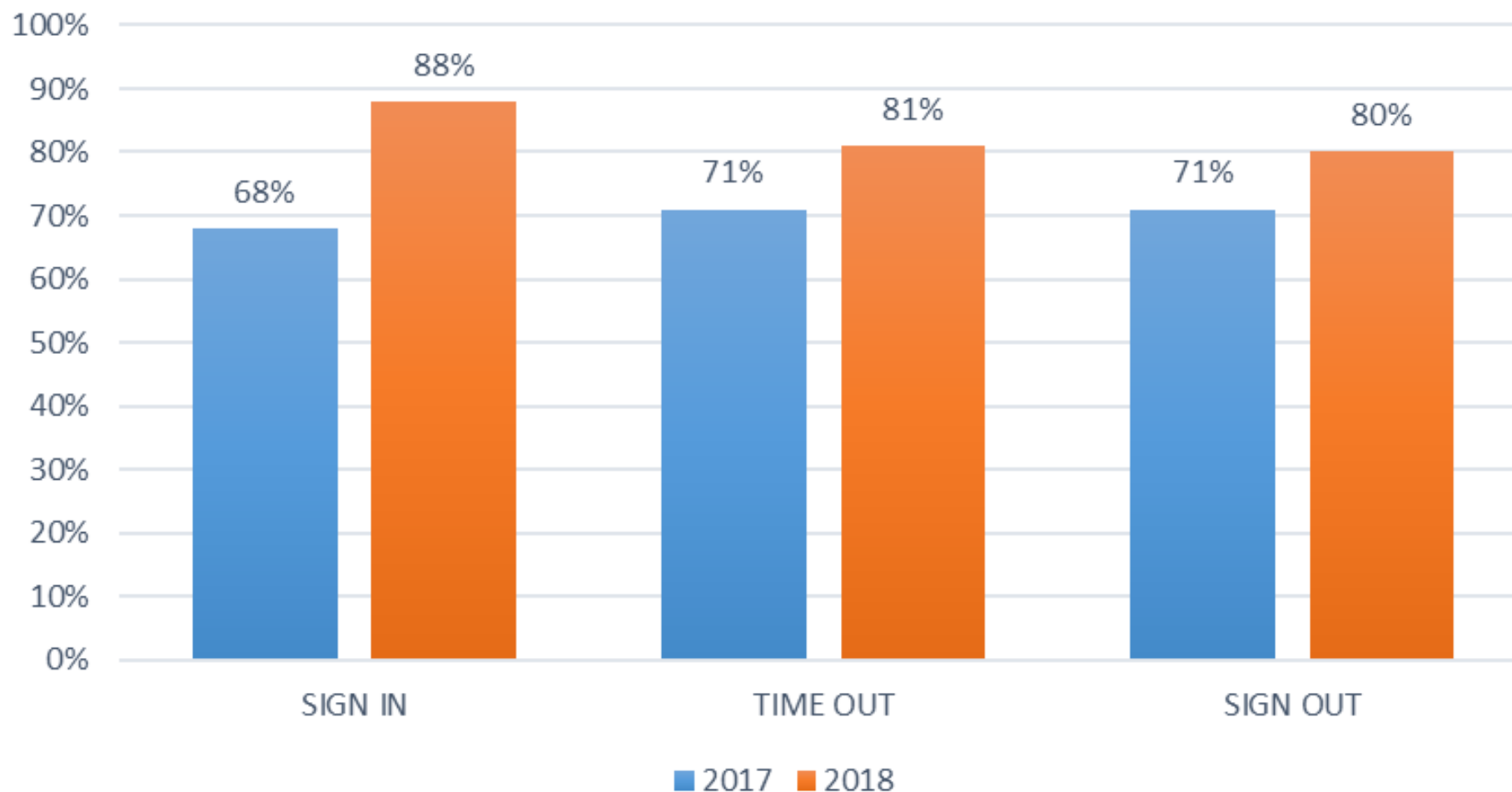


- Tutti i componenti dell'equipe sono presenti al momento della verifica 2017
- Tutti i componenti dell'equipe sono presenti al momento della verifica 2018

## SIGN IN: CHI ERA ASSENTE?



## TUTTI GLI ITEM VERIFICATI CORRETTAMENTE



Rispetto alla Check List, il Progetto di osservazione diretta (Progetto Osservare) ha messo in luce problematiche che riguardano le modalità di utilizzo dello strumento da parte delle equipe, anche relative alla conoscenza della corretta compilazione. Nello specifico è inoltre emerso che:

- Nel 12% dei SIGN IN è presente solo una figura professionale
- Nel 13% degli interventi osservati il SIGN OUT non è stato eseguito dalla Equipe e, quando eseguito, nel 22% dei casi non sono presenti tutti gli operatori interessati
- Nel 25% degli interventi osservati gli item non risultano correttamente verificati
- Nelle varie fasi si sono registrate anche delle mancate verifiche di item rilevanti come:
  - Valutazione del rischio di perdite ematiche
  - Conteggio di aghi, garze e altro strumentario chirurgico
  - Revisione degli aspetti critici per il post-intervento

### PIANO DI MIGLIORAMENTO

Criticità Rilevate	Azioni di Miglioramento	Livelli di Responsabilità (individuali, U.O., Dipartimento, Azienda)	Responsabilità Azioni Miglioramento	Data Prevista per la Realizzazione	Evidenza di Realizzazione

## | Articolo originale

Recenti Prog Med 2017; 108: 475-479

## Progetto OssERvare: osservazione diretta dell'uso della Safety Surgery CheckList in sala operatoria

ROBERTO BENTIVEGNA<sup>1</sup>, ANNITA CAMINATI<sup>2</sup>, VANNI AGNOLETTI<sup>2</sup>, STEFANO BONILAUDI<sup>3</sup>, STEFANIA BUONACCORSO<sup>4</sup>, GIOVANNA CAMPANIELLO<sup>5</sup>, ANTONELLA DOVANI<sup>5</sup>, GIUSEPPINA LANCIOTTI<sup>6</sup>, VANIA MASELLI<sup>4</sup>, STEFANO MASTRANGELO<sup>3</sup>, MARIA TERESA MONTELLA<sup>3</sup>, TERESA PALLADINO<sup>7</sup>, CRISTIANO PELATI<sup>8</sup>, LORENZO SCIOLINO<sup>9</sup>, EVITA ZONI<sup>7</sup>, ELISA PORCU<sup>9</sup>, ANSELMO CAMPAGNA<sup>9</sup>, OTTAVIO NICASTRO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>AOU Ferrara; <sup>2</sup>Ausl Romagna; <sup>3</sup>Ausl Reggio Emilia; <sup>4</sup>Ausl Modena; <sup>5</sup>AOU Parma; <sup>6</sup>Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi, Regione Emilia-Romagna; <sup>7</sup>Ausl Bologna; <sup>8</sup>Ausl Ferrara; <sup>9</sup>Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna.

Pervenuto il 5 ottobre 2017. Accettato il 17 ottobre 2017.

**Risultati.** Nella fase di sign in, nel 43% degli interventi osservati non erano presenti tutti e tre i componenti dell'équipe: nel 40% dei casi era assente il chirurgo, nel 15% l'anestesista, nel 12% entrambi. Nel sign out, nel 20% degli interventi osservati non erano presenti tutti e tre i componenti dell'équipe, mentre nel 7% delle osservazioni il sign out non è stato eseguito. Nel time out, nell'88% degli interventi osservati tutti e tre i componenti dell'équipe erano presenti. **Discussione e conclusioni.** Il progetto ha evidenziato uno scollamento tra le performance registrate nel flusso amministrativo e quanto poi direttamente osservato.

Il risultato dello studio indica che la SSCL molte volte non è correttamente eseguita; c'è quindi una grande possibilità di migliorare l'uso corretto di questo strumento. In conclusione, l'approccio combinato tra flusso dati amministrativo e valutazione della compliance sembra essere il modo migliore per studiare l'implementazione e promuovere il reale utilizzo di strumenti di sicurezza come la SSCL.

# Attività Area Chirurgica

- Progetto Sos.net (flusso SSCL)
- Progetto OssERvare
- Cataratta: check list e buone pratiche
- Linee di indirizzo «gestione delle vie aeree difficili»
- Linee di indirizzo «prevenzione del Tromboembolismo post-operatorio»

grazie

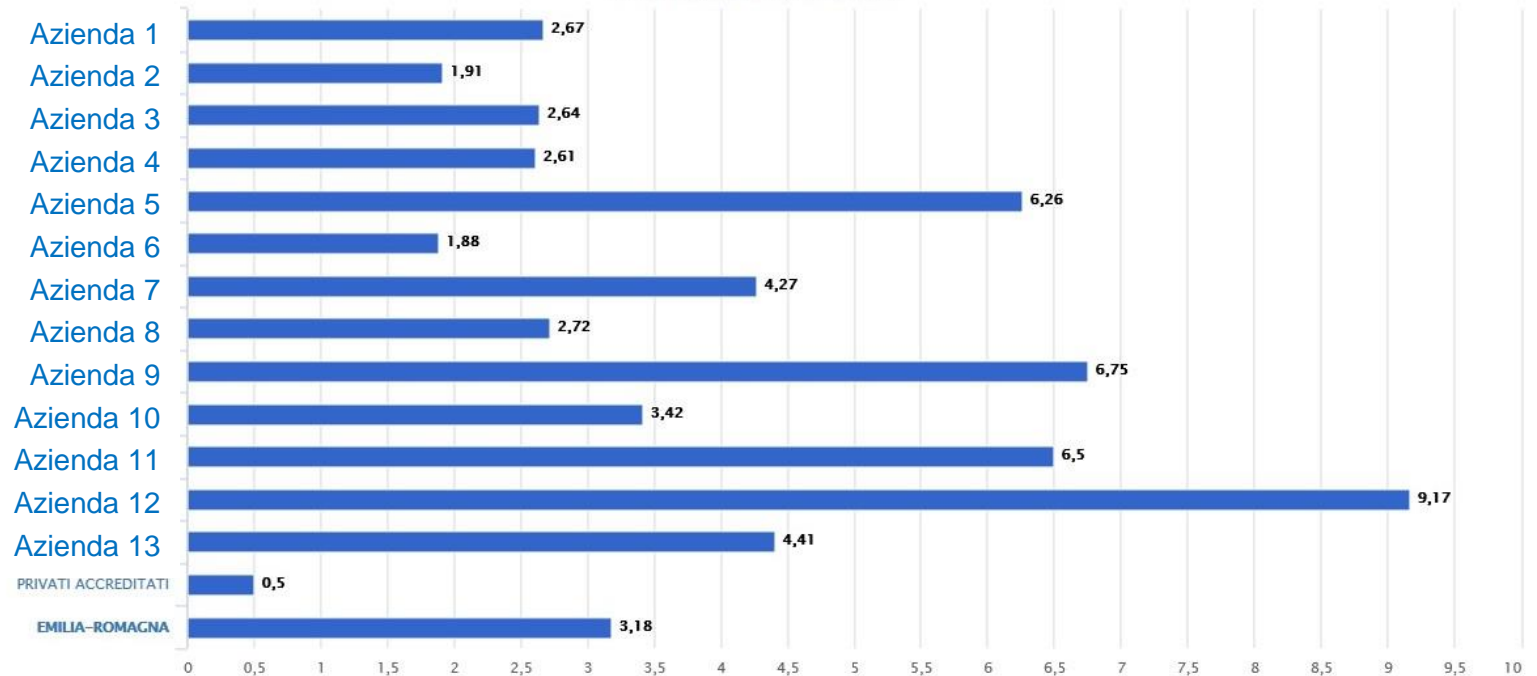


# Linee di indirizzo Prevenzione Tromboembolismo



IND0622 Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2017



LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROFILASSI DEL  
TROMBOEMBOLISMO VENOSO NEL PAZIENTE  
CHIRURGICO ADULTO

# SSCL Cataratta ambulatoriale

## SURGICAL SAFETY CHECK LIST (SSCL) CATARATTA: UNO STRUMENTO PER LA VERIFICA DI BUONE PRATICHE PER LA SICUREZZA

### SSCL CATARATTA ambulatoriale

Nome e Cognome paziente		Data Intervento
MODULO 776/a — check list OCULISTICA		
SIGN-IN I controlli da effettuare all'accettazione	TIME-OUT I controlli da effettuare prima dell'inizio dell'intervento	SIGN-OUT I 4 controlli da effettuare prima dell'uscita dall'ambulatorio
1) Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Sede Intervento <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consenso  2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento <input type="checkbox"/>  3) Il paziente riferisce/presenta allergie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  4) Verifica se il paziente assume anticoagulanti/antiaggreganti <input type="checkbox"/>  5) Verifica midriasi <input type="checkbox"/>  6) Eseguito posizionamento di accesso venoso <input type="checkbox"/>	1) I componenti dell'equipe confermano: <input type="checkbox"/> Identità del paziente <input type="checkbox"/> Procedura da eseguire e sede intervento  2) Eseguita la verifica del potere della lente da impiantare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile  3) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile  4) Eseguita l'antisepsi del campo operatorio <input type="checkbox"/>	Il coordinatore della check list conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:  1) Verifica conteggio finale di aghi e altro strumentario chirurgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile  2) Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a dispositivi medici <input type="checkbox"/>  3) I componenti dell'equipe hanno valutato gli aspetti relativi alla gestione dell'assistenza postoperatoria <input type="checkbox"/>
<i>Firma Infermiere</i>	<i>Firma Anestesista</i>	<i>Firma Chirurgo</i>

La **SURGICAL SAFETY CHECK LIST (SSCL)** rappresenta uno strumento di garanzia di sicurezza in quanto non costituisce solo una ultima barriera posta dal sistema per ridurre la probabilità di eventi avversi, ma è anche e soprattutto il momento per una rapida verifica di una serie di azioni previste prima e nell'ambito dell'intervento. A monte dell'esecuzione della SSCL, ci sono infatti le buone pratiche per la sicurezza in chirurgia e tutte le procedure ad essa correlate.

Di seguito si riportano schematicamente i riferimenti ad alcuni rischi e buone pratiche richiamate dagli items della SSCL relativa all'intervento di cataratta.

Tra i principali rischi correlati alla chirurgia della cataratta, secondo i dati di letteratura, ci sono i seguenti:

1. Impianto di lente sbagliata
2. Intervento in paziente sbagliato
3. Intervento in occhio sbagliato
4. Infezioni post-operatorie

L'identificazione del paziente e dell'occhio da operare rappresenta uno dei momenti fondamentali nella gestione del rischio perioperatorio nell'intervento di cataratta. L'occhio da operare deve essere chiaramente identificato con un segno sulla cute frontale (linee guida SOI 2016).

Nella fase pre-operatoria (SIGN IN), bisogna chiedere al paziente di confermare la propria identità e l'occhio da operare.

# SSCL Cataratta ambulatoriale

Ampia diffusione: 33 strutture  
pubbliche e private RER hanno  
dichiarato di utilizzare la SSCL cataratta

**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO:  
sperimentazione di una specifica checklist di sala operatoria come strumento  
di verifica della loro applicazione**

- Nel 2010 la **National Patient Safety (NPSA)** in collaborazione con **il Royal College of Obstetricians and Gynaecologist** e **il Royal College of Midwife (RCM)** ha sviluppato una Check List specifica per il taglio cesareo partendo dal modello del WHO.
- Obiettivo: **CREARE UNO STRUMENTO CHE FOSSE PIÙ APPROPRIATO AGLI INTERVENTI DI TIPO OSTETRICO**, superando gli item non pertinenti ed inserendo quelli di particolare rilevanza nella gestione del rischio connesso all'intervento di taglio cesareo
- La check list è stata sperimentata in nove unità in tutta l'Inghilterra e il Galles e il progetto pilota ha dimostrato che la check list può essere implementata con successo nei servizi di maternità e può migliorare la comunicazione tra tutti i membri del team e con la donna.

**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO:  
sperimentazione di una specifica checklist di sala operatoria come strumento  
di verifica della loro applicazione**

- La SSC per il taglio cesareo si è dimostrata efficace nella riduzione degli eventi avversi
- Ha mostrato un miglioramento della comunicazione all'interno del team
- Ha reso l'assistenza più sicura grazie all'adozione di interventi evidence based, offrendo una maggiore sicurezza non solo ai pazienti ma anche a professionisti



## WHO Surgical Safety Checklist: for **maternity cases ONLY**

(adapted from the WHO Surgical Safety Checklist)



Royal College of  
Obstetricians and  
Gynaecologists



National Patient Safety Agency

CHECK LIST  
TAGLIO CESAREO  
RCOG

### SIGN IN (to be said out loud after the arrival of the woman and the midwife)

- Has the woman confirmed her identity, procedure and consent?
- Caesarean section category? 1 2 3 4
- Is the anaesthetic machine and medication check complete?
- Does the woman have a known allergy?
- Is there a difficult airway risk?
- Are blood products available?
- Has the appropriate/recent antacid prophylaxis been given?
- Is the resuscitaire checked and ready?
- Has the neonatal team been called, if needed?

### TIME OUT (to be said out loud before skin incision)

- Have all team members introduced themselves by name and role?
- What is the woman's name?
- Obstetrician:**
  - What additional procedure(s) are planned?
  - Are there any critical or unusual steps you want the team to know about?
  - Are there any concerns about the placental site?
- Anaesthetist:**
  - Are there any specific concerns?
- Scrub practitioner:**
  - Has the sterility of the instruments been confirmed?
  - Are there any equipment issues or concerns?
- Midwife:**
  - Are cord blood samples needed?
  - Is the urinary catheter draining?
  - Has the FSE been removed?
  - Has VTE prophylaxis been undertaken?

### SIGN OUT (to be said out loud before the woman leaves theatre)

- Practitioner verbally confirms with the team:**
- Has the name of the procedure and any additional procedures been recorded?
  - Has it been confirmed that instruments, swabs and sharps counts are correct?
  - Have specimens been labelled?
  - Has blood loss been recorded?
- Obstetrician, Anaesthetist, Midwife:**
- Have the key concerns for recovery and management been discussed?
  - Has post-operative VTE prophylaxis been prescribed?
  - Have antibiotics been given?
- Anaesthetist and theatre team:**
- Have any equipment problems been identified that need to be addressed?
- Midwife:**
- Has the baby/babies been labelled?
  - Have relevant cord bloods been taken, if relevant?
  - Have cord gases been recorded, if required?

### PATIENT DETAILS

Last name:

First name:

Date of birth:

NHS Number:

Date of procedure:

\*If the NHS Number is not immediately available, a temporary number should be used until it is

The checklist is for  
**maternity cases ONLY**

This modified checklist must not be used for other surgical procedures.

[www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts](http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts)

CHECK LIST  
TAGLIO CESAREO  
SOGC

<b>BIRTHING UNIT SURGICAL SAFETY CHECKLIST</b>		
<b>BRIEFING</b> <i>Before Induction of Anesthesia</i>	<b>TIME-OUT</b> <i>Before Surgical Incision</i>	<b>DEBRIEFING</b> <i>Before Drapes Removed</i>
<p><b>Obstetrician/delegate (senior resident) reviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> What additional equipment/supplies are needed?</li> <li><input type="checkbox"/> Any equipment issues or concerns?</li> <li><input type="checkbox"/> What is the level of urgency?</li> <li><input type="checkbox"/> Does the patient require a type and screen?</li> <li><input type="checkbox"/> If yes, is blood available?</li> <li><input type="checkbox"/> Is an Ultrasound required?</li> <li><input type="checkbox"/> If yes, has it been completed?</li> </ul> <p><b>Nurse reviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Is patient identity, procedure, and consent Confirmed? (NB tubal ligation)</li> <li><input type="checkbox"/> Is sterility confirmed?</li> <li><input type="checkbox"/> Has fetal status been confirmed? Concerns?</li> <li><input type="checkbox"/> Is the requirement for neonatal support confirmed with pediatric department?</li> <li><input type="checkbox"/> Is venous thromboembolism prophylaxis needed?</li> <li><input type="checkbox"/> If yes, has it been completed?</li> </ul> <p><b>Anesthesiologist reviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> What is the ASA score?</li> <li><input type="checkbox"/> Is the anesthesia checklist completed?</li> <li><input type="checkbox"/> Does the patient have all required monitoring?</li> <li><input type="checkbox"/> Does the patient have a known allergy?</li> <li><input type="checkbox"/> Difficult airway/aspiration risk?</li> <li><input type="checkbox"/> If yes, is equipment/assistance available?</li> <li><input type="checkbox"/> Risk of hypothermia (operation &gt;1h)?</li> <li><input type="checkbox"/> If yes, is warmer required?</li> </ul>	<p><b>Obstetrician leads:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Everyone please state name and role</li> <li><input type="checkbox"/> Confirms adequate surgical anesthesia</li> <li><input type="checkbox"/> Confirms urgency</li> </ul> <p><b>Nurse reviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Confirms: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patient's name</li> <li>• procedure</li> <li>• allergy status</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Was antibiotic prophylaxis given?</li> <li><input type="checkbox"/> Is the neonatal care provider(s) present?</li> <li><input type="checkbox"/> If no, notify and give report on arrival</li> <li><input type="checkbox"/> Is the Resuscitation unit on?</li> <li><input type="checkbox"/> Is the Resuscitation equipment present &amp; working</li> </ul> <p><b>Anesthesiologist reviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Any concerns</li> </ul> <p><b>Obstetrician Leads:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Summarizes <ul style="list-style-type: none"> <li>• clinically significant information</li> <li>• anticipated critical events</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Asks team if any questions or concerns</li> </ul>	<p><b>Nurse confirms with the team:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> The name of the procedure recorded</li> <li><input type="checkbox"/> The instrument, sponge and needle counts are correct</li> <li><input type="checkbox"/> All specimens are labeled with <ul style="list-style-type: none"> <li>• patient name</li> <li>• contents identified</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Are there any equipment problems requiring follow-up?</li> </ul> <p><b>Obstetrician, anesthesiologist, pediatrician, and nurses review:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Are there any specific patient/neonate care requirements: <ul style="list-style-type: none"> <li>• to be ordered?</li> <li>• to be communicated?</li> </ul> </li> </ul>
<p><i>In case of URGENT Cesarean Section: Surgeon states: "Doing a crash cesarean section. Does anyone have any concerns prior to proceeding?"</i></p>		

**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO:  
sperimentazione di una specifica checklist di sala operatoria come strumento  
di verifica della loro applicazione**



Individuazione ed elaborazione di **INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA** per l'assistenza alla donna sottoposta a TC e di una CHECK LIST SPECIFICA, strumento di verifica della loro applicazione



**SPERIMENTAZIONE NELL'AUSL DELLA ROMAGNA**

- Condivisione e discussione del progetto, documento buone pratiche, check list e organizzazione della formazione
- Formazione
- Implementazione buone pratiche
- Sperimentazione CL

## L'OBIETTIVO FINALE È QUELLO DI MIGLIORARE LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DELL'INTERVENTO DI TAGLIO CESAREO ATTRAVERSO:

- 1) la diffusione alle aziende di **RACCOMANDAZIONI E STANDARD DI SICUREZZA** volti a rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori
- 2) **L'IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE** da verificare anche tramite l'applicazione della Check List specifica per il Taglio Cesareo
- 3) registrare le eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza al fine di **IDENTIFICARE LE AREE CRITICHE** del processo e le conseguenti opportune azioni di miglioramento.



**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO:  
sperimentazione di una specifica checklist di sala operatoria come strumento  
di verifica della loro applicazione**



Individuazione ed elaborazione di **INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA** per l'assistenza alla donna sottoposta a TC e di una CHECK LIST SPECIFICA, strumento di verifica della loro applicazione

**SPERIMENTAZIONE NELL'AUSL DELLA ROMAGNA**

- Condivisione e discussione del progetto, documento buone pratiche, check list e organizzazione della formazione
- Formazione
- Implementazione buone pratiche
- Sperimentazione CL

**MODULO A: CHECK LIST PER LA**
**SIGN-IN**

Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia

- 1) La donna ha confermato:
- Identità (1.1)                       Procedura (1.2)
- Consensi: anestesiologicalo/chirurgico/emocomponenti (1.3)
- 2) La donna riferisce/presenta allergie?
- SI                       NO
- 3) La donna presenta difficoltà di gestione delle vie aeree?
- SI, strumentazione/assistenza disponibile                       NO
- 4) La donna presenta un rischio emorragico che necessita la richiesta di emocomponenti?
- SI, emocomponenti richiesti ed accesso endovenoso adeguato                       NO
- 5) Il Chirurgo ha verificato:
- complessità intervento/procedura del taglio cesareo (5.1)
- effettuazione dell'ecografia (nei casi con indicazione clinica) (5.2)
- 6) L'Ostetrica/Infermiere ha effettuato i controlli:
- delle apparecchiature/presidi di anestesia e di sala operatoria
- 7) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la:
- somministrazione profilassi antibiotica (7.1)
- somministrazione profilassi antiacido (7.2)
- 8) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato:
- la rimozione dei monili (piercing, anelli ecc.)
- 9) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato l'allestimento dell'isola neonatale e completezza del carrello di rianimazione neonatale
- 
- 10) Avvisato e informato il team neonatologico in base alle modalità previste
- 

**TIME-OUT**

Controlli da effettuare prima

- 1) I nomi e le funzioni dei componenti il team sono conosciuti a tutti i suoi membri operatoria.
- 
- 2) Chirurgo, Anestesista e Ostetrica confermano
- identità del paziente (2.1)
- procedura (2.2)
- corretta posizione donna (2.3)
- il corretto posizionamento del feto (2.4)
- 3) Il Chirurgo ha informato l'equipe per l'intervento, rischi di procedure aggiuntive, ubicazione di altri organi e altre criticità
- 
- 4) L'Anestesista ha informato la donna, rischio ASA ed altre criticità
- 
- 5) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la sterilità (compresi eventuali problemi con i dispositivi) e altre criticità
- 
- 6) Il Chirurgo ha verificato la presenza del team e se attivato
- 

**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL  
TAGLIO CESAREO:  
SPERIMENTAZIONE DI UNA SPECIFICA CHECKLIST DI  
SALA OPERATORIA COME STRUMENTO DI VERIFICA  
DELLA LORO APPLICAZIONE**

**BOZZA**

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE  
COMMISSIONE NASCITA  
REGIONE EMILIA ROMAGNA

OTTOBRE 2018

In caso di taglio cesareo, al fine di garantire la tempestiva attivazione dell'equipe neonatologica, il neonatologo deve essere allertato comunicando:

- la categoria di urgenza del taglio cesareo
- l'indicazione al taglio cesareo utilizzando una terminologia condivisa.

**MODULO A: CHECK**
**SIGN-IN**

Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia

- La donna ha confermato:
  - Identità (1.1)  Procedura (1.2)
  - Consensi: anestesiológico/chirurgico/emocomponenti (1.3)
- La donna riferisce/presenta allergie?
  - SI  NO
- La donna presenta difficoltà di gestione delle vie aeree?
  - SI, strumentazione/assistenza disponibile  NO
- La donna presenta un rischio emorragico che necessita la richiesta di emocomponenti?
  - SI, emocomponenti richiesti ed accesso endovenoso adeguato  NO
- Il Chirurgo ha verificato:
  - complessità intervento/procedura del taglio cesareo (5.1)
  - effettuazione dell'ecografia (nei casi con indicazione clinica) (5.2)
- L'Ostetrica/Infermiere ha effettuato i controlli:
  - delle apparecchiature/presidi di anestesia e di sala operatoria
- L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la:
  - somministrazione profilassi antibiotica (7.1)
  - somministrazione profilassi antiacido (7.2)
- L'Ostetrica/Infermiere ha verificato:
  - la rimozione dei monili (piercing, anelli ecc.)
- L'Ostetrica/Infermiere ha verificato l'allestimento dell'isola neonatale e completezza del carrello di rianimazione neonatale
  -
- Avisato e informato il team neonatologico in base alle modalità previste
  -

Controlli da

- I nomi e le conoscenze a t operatoria.
  -
- Chirurgo, A confermano
  - identità
  - procedu
  - corretta
  - il corret (2.4)
- Il Chirurgo per l'intervent procedure ag altre criticità
  -
- L'Anestesi della donna,
  -
- L'Ostetrica verifica di ste eventuali pro criticità
  -
- Il Chirurgo se attivato
  -

CATEGORIA	DESCRIZIONE	ESEMPI DI INDICAZIONI AL TAGLIO CESAREO
<b>Categoria 1</b>	<b>TAGLIO CESAREO URGENTE CON PERICOLO IMMEDIATO PER LA VITA DELLA DONNA O DEL FETO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bradicardia fetale di &lt;100 bpm per&gt; 5 minuti senza recupero</li> <li>▪ CTG patologico</li> <li>▪ Prelievo dallo scalpo fetale con pH &lt;7.0 o lattato ≥5.8</li> <li>▪ Prolasso del funicolo con bradicardia</li> <li>▪ Sospetta deiscenza della cicatrice o rottura d'utero</li> <li>▪ Distacco di placenta</li> <li>▪ Qualsiasi altra indicazione del medico ginecologo</li> </ul>
<b>Categoria 2</b>	<b>CONDIZIONI CLINICHE COMPROMESSE MATERNE O FETALI CHE RICHIEDONO UNA ESPLETAZIONE DEL PARTO RAPIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anomalie del CTG che non migliorano dopo le manovre di rianimazione fetale in utero e/o con prelievo dello scalpo fetale pH 7,01-7,20 e / o lattato 4,8-5,7</li> <li>▪ Presentazione podalica controindicata alla nascita vaginale in un travaglio attivo</li> <li>▪ Sospetta sepsi</li> <li>▪ Qualsiasi altra indicazione del medico ginecologo</li> </ul>
<b>Categoria 3</b>	<b>CONDIZIONI CLINICHE MATERNE O FETALI CHE RICHIEDONO UNA ESPLETAZIONE DEL PARTO ANTICIPATA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallita induzione del travaglio di parto e l'indicazione ostetrica all'induzione ancora sussiste</li> <li>▪ Pre-eclampsia a termine in cui è controindicato il parto vaginale</li> <li>▪ Sospetto IUGR con CTG normale in cui la nascita vaginale non è raccomandata</li> <li>▪ Ritardo della progressione del travaglio con CTG normale</li> <li>▪ Le donne prenotate per il taglio cesareo elettivo che sono in travaglio attivo e l'indicazione al taglio cesareo elettivo ancora sussiste e il parto vaginale non è imminente</li> <li>▪ Qualsiasi altra indicazione del medico ginecologo</li> </ul>
<b>Categoria 4</b>	<b>MADRE E FETO IN SALUTE</b>	Taglio cesareo elettivo per condizioni cliniche ostetriche che non compromettono la salute materno e fetale



Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Intervento \_\_\_\_\_

Codice a barra \_\_\_\_\_

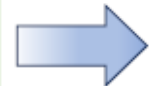
Progressivo SDO \_\_\_\_\_

ora inizio \_\_\_\_\_ Ora fine \_\_\_\_\_

BAR CODE PAZIENTE



- PREGRESSA TVE
- NECESSITA' DI LMVH ANTENATALE
- TROMBOFILIA AD ALTO RISCHIO<sup>9</sup>
- TROMBOFILIA A BASSO RISCHIO<sup>9</sup> + FAMILIARITA' POSITIVA



**ALTO RISCHIO**  
 EBPM per almeno per 6 settimane dopo il parto.

- TC IN TRAVAGLIO
- BMI ≥ 40 KG/M2;
- RIAMMISSIONE OSPEDALIERA O OSPEDALIZZAZIONE PROLUNGATA (≥ 3 GIORNI NEL PUERPERIO)
- OGNI INTERVENTO CHIRURGICO NEL PUERPERIO (ESCLUSA LA RIPARAZIONE PERINEALE NEL POST-PARTUM)
- PATOLOGIE CONCOMITANTI (CANCRO, CARDIACHE, POLMONARI, LES ATTIVO, MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI, POLIARTROPAZIA INFIAMMATORIA, SINDROME NEFROSICA, DIABETE DI TIPO I CON NEFROPATIA, ANEMIA FALCIFORME, USO CORRENTE DI DROGHE EV).



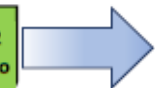
**RISCHIO INTERMEDIO**  
 Almeno per 10 giorni dopo il parto EBPM. Se persistono più di tre fattori di rischio, eventualmente prolungare la profilassi con EBPM

- ETÀ > 35 ANNI
- BMI > 30 KG/M2
- PARITÀ ≥ 3
- TABAGISMO
- TAGLIO CESAREO ELETTIVO
- STORIA FAMILIARE DI TROMBOEMBOLIA
- TROMBOFILIA A BASSO RISCHIO
- GROSSE VARICI (sintomatiche o sopra il ginocchio o associate a flebiti, edema / cambiamenti della pelle)
- INFEZIONI SISTEMICHE ATTUALI (che richiedono terapia antibiotica endovena o ricovero in ospedale)
- IMMOBILITÀ AD ESEMPIO ALLETTAMENTO, VIAGGIO A LUNGA DISTANZA (> 4 h), PARAPLEGIA
- PREECLAMPSIA ATTUALE
- GRAVIDANZA MULTIPLA
- PARTO PRE-TERMINE IN QUESTA GRAVIDANZA (< 37 SETTIMANE)
- NATO MORTO IN QUESTA GRAVIDANZA
- PARTO VAGINALE OPERATIVO
- TRAVAGLIO PROLUNGATO (> 24 ORE)
- PPH > 1 L O EMOTRASFUSIONI

Presenza di ≥ 2 fattori di rischio



Presenza di < 2 fattori di rischio



**BASSO RISCHIO**  
 Mobilizzazione precoce ed evitare la disidratazione

**SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO**

Decisione della cute	SIGN-OUT
Controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria	
1) Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> la registrazione della procedura chirurgica effettuata (1.1)</li> <li><input type="checkbox"/> il corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario (1.2)</li> <li><input type="checkbox"/> il corretto stoccaggio ed etichettatura del campione (chirurgico e/o placentare) secondo la procedura aziendale (1.3)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> non applicabile</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> la corretta quantificazione e registrazione della quantità di perdita ematica (1.4)</li> </ul>
2) Il Coordinatore della checklist ha verificato con l'equipe l'identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici materni e neonatali	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>
3) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato:	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> la corretta identificazione madre-neonato (3.1)</li> <li><input type="checkbox"/> l'esecuzione dell'emogasanalisi (nei casi con indicazione clinica) (3.2)</li> </ul>
4) Chirurgo, Anestesista e Ostetrica hanno condiviso:	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> la verifica dei criteri di uscita dalla sala operatoria (4.1)</li> <li><input type="checkbox"/> la gestione dell'assistenza post-operatoria e/o la necessità di attivare un monitoraggio materno intensivo (ad es. MEOWS) (4.2)</li> <li><input type="checkbox"/> il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio (4.3)</li> <li><input type="checkbox"/> il piano per la profilassi e/o trattamento della PPH (4.4)</li> <li><input type="checkbox"/> il piano per il trattamento del dolore post-operatorio (4.5)</li> </ul>


**MODULO B: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO**

SIGN-IN		TIME-OUT	SIGN-OUT
Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia			
1.1) IDENTITÀ PAZIENTE <input type="checkbox"/> mancata presenza braccialetto (1.1.1) <input type="checkbox"/> mancata presenza barcode (1.1.2) <input type="checkbox"/> mancata presenza numero nosologico (1.1.3) <input type="checkbox"/> mancata cartella/cartella non corrispondente (1.1.4)  1.2) PROCEDURA CHIRURGICA <input type="checkbox"/> non viene confermata la procedura (1.2.1)  1.3) CONSENSI <input type="checkbox"/> mancata firma del consenso chirurgico (1.3.1) <input type="checkbox"/> mancata firma del consenso anestesiologicalo (1.3.2) <input type="checkbox"/> mancata firma del consenso emocomponenti (1.3.3)  2) RISCHI PAZIENTE: ALLERGIE <input type="checkbox"/> mancata segnalazione allergia (2.1) <input type="checkbox"/> errata segnalazione di allergia (2.2)  3) RISCHI PAZIENTE: VIE AEREE <input type="checkbox"/> mancata segnalazione di criticità (3.1) <input type="checkbox"/> mancata somministrazione profilassi antiacido (3.2)  4) RISCHI PAZIENTE: RISCHIO EMORRAGICO /RICHIESTA EMOCOMPONENTI <input type="checkbox"/> mancata valutazione rischio emorragico (4.1) <input type="checkbox"/> mancata richiesta di emocomponenti/mancanza di emocomponenti a disposizione (4.2) <input type="checkbox"/> presenza accesso venoso adeguato (4.3)	5) PROCEDURA INTERVENTO CHIRURGICO <input type="checkbox"/> mancata valutazione complessità intervento/procedura del taglio cesareo (5.1) <input type="checkbox"/> non effettuata ecografia (5.2)  6) CONTROLLI: APPARECCHIATURE <input type="checkbox"/> test apparecchiature e controllo presidi di anestesia e sala operatoria non effettuati (6.1)  7) PROFILASSI ANTIBIOTICA: <input type="checkbox"/> profilassi non prescritta (7.1.1) <input type="checkbox"/> profilassi non eseguita correttamente (rispetto della tempistica (7.1.2) <input type="checkbox"/> problemi nella fornitura di farmaci (7.1.3)  8) PREPARAZIONE PAZIENTE <input type="checkbox"/> presenza di monili (8.1)  9) CONTROLLO ATTREZZATURE ASSISTENZA NEONATALE <input type="checkbox"/> errato allestimento isola neonatale (9.1) <input type="checkbox"/> incompletezza del carrello di rianimazione neonatale (9.2)  10) COMUNICAZIONE CON IL TEAM NEONATOLOGICO <input type="checkbox"/> non informato il team neonatologico (10.1) <input type="checkbox"/> errata comunicazione con il team neonatologico (10.2)	1) COMPOSIZIONE EQUIPE <input type="checkbox"/> componenti dell'équipe modificati rispetto alla nota operatoria (1.1)  2) CONFERMA IDENTITA', PROCEDURA, POSIZIONAMENTO <input type="checkbox"/> identità errata (2.1) <input type="checkbox"/> variazione della procedura rispetto alla programmazione (2.2) <input type="checkbox"/> posizionamento errato (2.3) <input type="checkbox"/> errato posizionamento del catetere vescicale (2.4)  3) CONFERMA DURATA PREVISTA PER L'INTERVENTO, RISCHI DI PERDITE EMATICHE, NECESSITÀ DI PROCEDURE AGGIUNTIVE, UBICAZIONE DEL SITO PLACENTARE ED ALTRE CRITICITÀ <input type="checkbox"/> i componenti dell'intera équipe operatoria non sono stati informati (3.1)  4) RISCHIO ANESTESIOLOGICO <input type="checkbox"/> L'Anest. non ha informato l'équipe sulle specificità della donna, rischio ASA ed altre criticità (4.1)  5) VERIFICA STERILITÀ <input type="checkbox"/> problemi di sterilità DM/Strumentario (5.1) <input type="checkbox"/> problemi di funzionalità DM/Strumentario (5.2)  6) CONFERMA PRESENZA NEONATOLOGO <input type="checkbox"/> TC effettuato con neonatologo assente (se attivato) (6.1)	1) CONTEGGIO GARZE: <input type="checkbox"/> Conteggio garze non coincidente con conteggio pre-operatorio (1.2.1) <input type="checkbox"/> Conteggio strumentario non coincidente con conteggio pre-operatorio (1.2.2) <input type="checkbox"/> Errata identificazione del campione chirurgico o placentare o Errata preparazione del campione (1.3) <input type="checkbox"/> Errata quantificazione e registrazione della quantità della perdita ematica (1.4)  2) DISPOSITIVI MEDICI MATERNI E NEONATALI <input type="checkbox"/> Riscontro di problemi relativi a DM (2.1)  3) ASSISTENZA NEONATALE <input type="checkbox"/> errata identificazione madre-neonato (3.1) <input type="checkbox"/> non effettuata emogasanalisi, se indicata (3.2)  4) MONITORAGGIO POST-OPERATORIO <input type="checkbox"/> non prescritto e pianificato il monitoraggio materno intensivo, se indicato (4.2) <input type="checkbox"/> profilassi tromboembolica non prescritta/non registrata correttamente in cartella (4.3) <input type="checkbox"/> profilassi/trattamento PPH non prescritto/non registrato correttamente in cartella (4.4) <input type="checkbox"/> trattamento del dolore post operatorio non prescritto/non registrato correttamente in cartella (4.5)
ALTRO ←			
Firma Ostetrica/ Infermiere		Firma Anestesista	Firma Chirurgo

**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO:  
sperimentazione di una specifica checklist di sala operatoria come strumento  
di verifica della loro applicazione**

Individuazione ed elaborazione di **INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA** per l'assistenza alla donna sottoposta a TC e di una CHECK LIST SPECIFICA, strumento di verifica della loro applicazione

**SPERIMENTAZIONE NELL'AUSL DELLA ROMAGNA**

- Condivisione e discussione del progetto, documento buone pratiche, check list e organizzazione della formazione
- Formazione
- Implementazione buone pratiche
- Sperimentazione CL





**Ginecologi, Anestesisti, Ostetriche  
dei 4 ambiti dell'AUSL della Romagna**

Codice Azienda \_\_\_\_\_ Codice Presidio \_\_\_\_\_ Progressivo SDO \_\_\_\_\_

Id checklist \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora inizio \_\_\_\_\_ Ora fine \_\_\_\_\_

**BAR CODE PAZIENTE**

MODULO A: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO		
SIGN-IN	TIME-OUT	SIGN-OUT
Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	Controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
1) La donna ha confermato: <input type="checkbox"/> Identità (1.1) <input type="checkbox"/> Procedura (1.2) <input type="checkbox"/> Consensi: anestesiologicalo/chirurgico/emocomponenti (1.3)  2) La donna riferisce/presenta allergie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  3) La donna presenta difficoltà di gestione delle vie aeree?	1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono conosciuti a tutti i suoi membri e previsti nella nota operatoria. <input type="checkbox"/>  2) Chirurgo, Anestesista e Ostetrica/Infermiere confermano	1) Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: <input type="checkbox"/> la registrazione della procedura chirurgica effettuata (1.1) <input type="checkbox"/> il corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario (1.2) <input type="checkbox"/> il corretto stoccaggio ed etichettatura del campione (chirurgico e/o placentare) secondo la procedura aziendale (1.3) <input type="checkbox"/> non applicabile

## Indicazioni per la corretta compilazione della Check list

**BUONE PRATICHE CLINICO-ORGANIZZATIVE PER IL TAGLIO CESAREO:**

**SPERIMENTAZIONE DI UNA SPECIFICA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA COME STRUMENTO DI VERIFICA DELLA LORO APPLICAZIONE**

<input type="checkbox"/> delle apparecchiature/presidi di anestesia e di sala operatoria  7) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la: <input type="checkbox"/> somministrazione profilassi antibiotica (7.1) <input type="checkbox"/> somministrazione profilassi antiacido (7.2)  8) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato: <input type="checkbox"/> la rimozione dei monili (piercing, anelli ecc.)  9) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato l'allestimento dell'isola neonatale e completezza del carrello di rianimazione neonatale <input type="checkbox"/>  10) Avvisato e informato il team neonatologico in base alle modalità previste <input type="checkbox"/>	4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità della donna, rischio ASA ed altre criticità <input type="checkbox"/>  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 <input type="checkbox"/>  6) Il Chirurgo ha verificato la presenza del neonatologo se attivato <input type="checkbox"/>	(3.2)  4) Chirurgo, Anestesista e Ostetrica hanno condiviso: <input type="checkbox"/> la verifica dei criteri di uscita dalla sala operatoria (4.1) <input type="checkbox"/> la gestione dell'assistenza post-operatoria e/o la necessità di attivare un monitoraggio materno intensivo (ad es. MEOWS) (4.2) <input type="checkbox"/> il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio (4.3) <input type="checkbox"/> il piano per la profilassi e/o trattamento della PPH (4.4) <input type="checkbox"/> il piano per il trattamento del dolore post-operatorio (4.5)
Firma Ostetrica/ Infermiere	Firma Anestesista	Firma Chirurgo

## LA SPERIMENTAZIONE

**Monitoraggio bisettimanale delle Check list inserite in SOS SALA PARTO (referenti di ambito)**

**Discussione periodica in equipe della sperimentazione (ogni due settimane)**



## **LA SPERIMENTAZIONE**

### **AUDIT**

**RELAZIONE CONCLUSIVA CON EVENTUALI AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

**RESTITUZIONE DEI DATI AI PROFESSIONISTI COINVOLTI**

**VALIDAZIONE DELLA CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL  
TAGLIO CESAREO**

# LA SPERIMENTAZIONE

## Raccolta dati

INDICATORI
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di “Modulo A: Check list per la sicurezza del taglio cesareo” compilati /numero di tagli cesarei elettivi nel periodo di studio
<input checked="" type="checkbox"/> % di compilazione di ogni item
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di “Modulo B: Check list per la sicurezza del taglio cesareo” – rilevazione delle non conformità compilati/ Numero di Modulo A: Check list per la sicurezza del taglio cesareo compilati
<input checked="" type="checkbox"/> % non conformità rilevate per ogni item
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di presenza della firma di ogni operatore/Numero delle Check list compilate

# LA SPERIMENTAZIONE

## Raccolta dati

COMPLETEZZA DOCUMENTALE
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di donne con valutazione del rischio emorragico/Numero di tagli cesarei elettivi effettuati
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di donne con valutazione della gestione delle vie aeree/Numero di tagli cesarei elettivi effettuati
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di schede compilate per la valutazione del rischio tromboembolico "ALGORITMO PER LA DEFINIZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO IN OSTETRICIA [TAGLIO CESAREO E PUERPERIO]"/Numero di tagli cesarei elettivi effettuati
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di donne con pianificazione del trattamento/profilassi PPH registrato in cartella/ Numero di tagli cesarei elettivi effettuati
<input checked="" type="checkbox"/> Numero di donne con pianificazione del trattamento del dolore post operatorio/ Numero di tagli cesarei elettivi effettuati

# What's **{WRONG}** with this picture?



© AORN, Inc. 2017

**AORN**  
GLOBAL SURGICAL  
CONFERENCE & EXPO  
April 1-5, 2017 | Boston, MA

Circle the 25 problems relating to AORN's *Guidelines for Perioperative Practice*.

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**