

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

### **1. Obiettivi**

Migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso:

- 1) la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori
- 2) l'implementazione degli standard di sicurezza tramite l'applicazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria.

Il presente manuale è rivolto a:

- 1) direzioni aziendali, uffici di qualità, direttori di dipartimento chirurgico e di anestesia e rianimazione, dirigenti infermieristici e a tutti i leader coinvolti nell'organizzazione e nella gestione delle sale operatorie
- 2) équipe chirurgiche e relative componenti professionali: chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e altro personale di sala operatoria coinvolto in attività chirurgiche.

I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria:

- Obiettivo 1 Operare il paziente corretto ed il sito corretto**
- Obiettivo 2 Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico**
- Obiettivo 3 Identificare in modo corretto i campioni chirurgici**
- Obiettivo 4 Preparare e posizionare in modo corretto il paziente**
- Obiettivo 5 Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria**
- Obiettivo 6 Controllare e gestire il rischio emorragico**
- Obiettivo 7 Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica**
- Obiettivo 8 Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio**
- Obiettivo 9 Prevenire il tromboembolismo postoperatorio**
- Obiettivo 10 Prevenire le infezioni del sito chirurgico**
- Obiettivo 11 Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria**
- Obiettivo 12 Gestire in modo corretto il programma operatorio**
- Obiettivo 13 Garantire la corretta redazione del registro operatorio**

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 2 di 10</p>
---	--	---

### **Obiettivo 1. Operare il paziente corretto ed il sito corretto**

La strategia aziendale per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura è essere formalizzata dalla direzione aziendale e dal GAC attraverso la procedura sull’impiego della checklist di sala operatoria alla quale si richiama, in quanto ispirata ai principi e le raccomandazioni indicate nella Raccomandazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura.

Ulteriore attenzione deve esser posta alla corretta informazione ed acquisizione di consenso/diniego da parte del paziente o di altro avente diritto, secondo la vigente normativa.

### **Obiettivo 2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico**

La strategia aziendale per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico è stata formalizzata con procedura scritta compresa nella corretta compilazione della checklist di sala operatoria, conformemente ai principi e le raccomandazioni indicate nella Raccomandazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico. Raccomandazione n. 2 - Marzo 2008 disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>, che verrà aggiornata secondo quanto previsto, anche sulla base delle nuove indicazioni ed evidenze disponibili. “Le modalità per il conteggio di garze, bisturi, aghi, strumenti e ogni altro materiale devono essere definite attraverso strumenti operativi (es. procedure)”, alla quale interamente ci si richiama.

Il chirurgo dovrebbe eseguire una sistematica esplorazione della ferita al momento della chiusura di ciascuna cavità anatomica o del sito chirurgico.

Il conteggio deve essere effettuato per tutte le procedure nelle quali è previsto l’utilizzo di garze, bisturi, aghi, strumenti e ogni altro materiale che potrebbero essere ritenuti all’interno del paziente (gli interventi per i quali il conteggio non è applicabile devono essere previamente ed esplicitamente definiti). Il conteggio dovrebbe essere effettuato nelle seguenti fasi:

1. prima di iniziare l’intervento chirurgico (conta iniziale)
2. durante l’intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all’interno di un’altra cavità
3. prima di chiudere la ferita
4. alla chiusura della cute o al termine della procedura
5. al momento dell’eventuale cambio dell’infermiere o chirurgo responsabile dell’équipe.

Il conteggio ed il controllo dell’integrità dello strumentario deve essere effettuato dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all’attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze, aghi, strumenti e ogni altro materiale, utilizzati e rimanenti corrisponda a quello ricevuto prima e durante l’intervento. Tali conteggi devono essere indicati nell’apposita documentazione. Il conteggio deve essere registrato, con il nome e la qualifica del personale che lo esegue, e specificando chiaramente concordanze o discrepanze del conteggio finale. Tali risultati devono essere chiaramente comunicati a tutti i componenti dell’équipe.

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b>	Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 3 di 10
--	--	--

In caso di discordanza dei conteggi o di perdita di integrità di strumenti/dispositivi, devono essere adottate opportune metodiche diagnostiche.

### **Obiettivo 3. Identificare in modo corretto i campioni chirurgici**

Ogni campione (o campioni multipli dello stesso paziente) deve essere accompagnato da una apposita richiesta di esame.

L'équipe operatoria deve verificare, per ogni richiesta di esame, la corretta compilazione della richiesta e la corretta etichettatura (sulle pareti e non sul coperchio) del contenitore con le seguenti informazioni da riportare su entrambi:

- Identificazione del paziente (nome, cognome, data di nascita, sesso)
- Identificazione del richiedente (unità operativa, nome, cognome e firma del richiedente)
- Identificazione del materiale, specificando data del prelievo, tipo di prelievo, localizzazione topografica e lateralità del prelievo (es. prostata lobo destro, rene destro, cute braccio destro, lobo superiore del polmone sinistro, ecc)
- Modalità di conservazione del campione (senza fissativo “a fresco” o se in liquido fissativo)
- Numero di contenitori; in caso di prelievi multipli differenziati deve essere riportato il numero arabo identificativo del campione, corrispondente a quanto riportato sulla richiesta;

Un operatore dell'équipe deve leggere ad alta voce le informazioni contenute sulla richiesta di esame e sul contenitore ed un secondo operatore controlla e conferma verbalmente (doppio controllo).

Diviene, quindi, fondamentale la tracciabilità del processo fino alla consegna del referto, sia in termini di catena di custodia, che deve sempre seguire il campione, sia in termini di comunicazione al paziente.

### **Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente**

A tal proposito si rimanda alla procedura aziendale relativa al management chirurgico presente sul sito alla pagina del GAC.

#### **Preparazione del paziente**

Le singole Strutture/Unità Operative ad attività chirurgica, avranno, ciascuna per le proprie specificità, cura di attivare ed implementare protocolli per la corretta preparazione dei pazienti, che deve includere almeno l'igiene del paziente, l'eventuale tricotomia del sito chirurgico, il digiuno, la gestione di protesi (ad esempio protesi oculistiche), l'abbigliamento appropriato per la sala operatoria, la gestione di monili, smalti e piercing e le modalità di invio del paziente in sala operatoria.

#### **Corretto posizionamento del paziente**

Le singole Strutture/Unità Operative ad attività chirurgica, avranno, ciascuna per le proprie specificità, cura di elaborare procedure o istruzioni operative relative al corretto posizionamento dei pazienti, alle tecniche da adottare nelle diverse tipologie di interventi e nelle modifiche di postura durante l'intervento, con esplicitazione delle manovre da evitare. Tali procedure devono anche prevedere un addestramento specifico degli operatori.

L'équipe operatoria deve assicurare la migliore esposizione chirurgica possibile e condizioni ottimali di omeostasi respiratoria e cardiovascolare, evitando di procurare danni fisici da compressione e/o stiramento di strutture nervose, articolazioni e/o tessuti. Deve essere assicurata la presenza di appositi presidi e dispositivi di prevenzione di lesioni posturali.

I componenti dell'équipe operatoria condividono la responsabilità per il corretto posizionamento del paziente. Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere devono collaborare nel posizionare il paziente in modo da garantire la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo di intervento ed alla tecnica chirurgica, compatibilmente con la necessità di assicurare le migliori condizioni per la funzione respiratoria e cardiovascolare.

L'infermiere di sala operatoria collabora nel posizionamento del paziente secondo le indicazioni dei medici specialisti, assicurando la protezione dei punti a rischio di compressione.

### **Obiettivo 5. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria**

Sebbene l'induzione dell'anestesia non sia pratica precipua delle prestazioni aziendali, tutti i pazienti critici (si rimanda alle procedure in essere) devono essere valutati clinicamente rispetto alla difficoltà di gestione delle vie aeree.

Tutti gli anestesisti devono essere esperti nella gestione delle vie aeree ed avere competenza, familiarità e padronanza nell'utilizzo delle diverse strategie/presidi per la risoluzione dei problemi relativi alla gestione delle vie aeree.

Per la gestione delle Vie Aeree Difficili (previste e “border line”) gli anestesisti devono operare secondo linee guida di riferimento aggiornate; devono disporre di adeguate attrezzature, possedere specifiche competenze, potendo avvalersi anche di un professionista esperto.

Dopo aver eseguito l'intubazione, l'anestesista deve controllare che il tubo endotracheale sia correttamente posizionato tramite rilievi clinici, auscultazione e curva capnografica.

I parametri di valutazione delle difficoltà di gestione delle vie aeree e la descrizione della facilità o della prevista o imprevista difficoltà alla intubazione e/o ventilazione devono essere registrati nella scheda anestesiologicala. È importante che in caso di difficoltà sia data opportuna informazione scritta al paziente a corredo anamnestico.

### **Obiettivo 6. Controllare e gestire il rischio emorragico**

Le équipe operatorie adottano, per competenza e specificità, le pratiche previste per la corretta valutazione e gestione del rischio emorragico.

L'équipe operatoria deve sempre valutare, facendo alle linee guida ovvero alle buone pratiche assistenziali pertinenti al caso di specie, il rischio della perdita di grandi quantità di sangue.

Devono essere predisposti protocolli per l'approccio al sanguinamento maggiore che prevedano una o più opzioni di trattamento per diverse situazioni (politrauma, ostetricia, chirurgia maggiore epatica, trapianti, chirurgia cardiaca e vascolare); tali protocolli devono essere condivisi dalle équipe e validati dal comitato per il buon uso del sangue.

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b>	Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 5 di 10
--	--	--

### **Obiettivo 7. Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica**

In ogni blocco operatorio deve essere adottata una procedura per la gestione clinica del farmaco coerente con disposizioni nazionali ed aziendali.

Deve essere posta particolare attenzione agli aspetti sotto elencati:

- Devono, per quanto possibile, essere eliminati dalla dotazione della sala operatoria farmaci che per confezionamento, dosaggio, pronuncia e scrittura simili possono favorire lo scambio.
- Il materiale del confezionamento ed il colore dell’etichetta dei preparati galenici industriali, somministrabili per via parenterale, devono essere tali da rendere inequivocabile il loro riconoscimento.
- I farmaci, contenuti in scaffali, carrelli e armadi, devono essere ben conservati, sistematicamente ordinati, separando quelli ad alto rischio e quelli a rischio di scambio.
- Devono essere garantiti la qualità e la tracciabilità dei preparati farmaceutici magistrali e officinali, allestiti secondo le Norme di Buona Preparazione della Farmacopea Ufficiale.
- Deve essere sempre raccolta e documentata una completa anamnesi del paziente, comprendente informazioni sui farmaci assunti, allergie e reazioni di ipersensibilità.
- Il paziente deve essere sempre identificato in maniera esplicita ai fini della somministrazione dei farmaci.
- Eventuali farmaci per l’anestesia devono essere preparati ed etichettati dall’anestesista o da personale qualificato.

Tutti i componenti dell’equipe operatoria devono avere una adeguata conoscenza dei farmaci in uso in sala operatoria e delle procedure connesse alla loro gestione.

Gli incidenti, i near-miss e gli eventi avversi connessi alla gestione del farmaco devono essere segnalati ed adeguatamente analizzati, al fine di ridurre la possibilità che lo stesso tipo di evento si ripeta.

### **Obiettivo 8. Gestire in modo corretto il controllo postoperatorio**

La Struttura deve adottare una procedura aziendale sulla corretta gestione del post operatorio che includa le modalità di osservazione, di dimissione e di trasferimento dei pazienti dal blocco operatorio, alle sale di osservazione e la prevenzione delle cadute. La gestione del paziente, a seconda della tipologia di intervento o delle caratteristiche proprie, prevedrà un monitoraggio (clinico e, ove le condizioni del paziente lo richiedano, strumentale) e degli interventi terapeutici appropriati.

L’osservazione deve essere documentata in cartella ambulatoriale.

### **Obiettivo 9. Prevenire il tromboembolismo postoperatorio**

Le équipe operatorie adottano, per competenza e specificità, misure per la prevenzione del tromboembolismo post-operatorio.

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b>	Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 6 di 10
--	--	--

La profilassi antitromboembolica deve essere basata sull'evidenza ed includere i criteri per la valutazione dei fattori di rischio (indicati dalle linee guida di riferimento), la profilassi meccanica e la profilassi farmacologia, nonché le eventuali indicazioni per una efficace comunicazione con pazienti e/o familiari sui possibili rischi di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare e sull'efficacia della profilassi, sostenuta anche da informazioni basate sull'evidenza.

Ogni paziente candidato ad intervento chirurgico deve essere valutato al fine di individuare il più corretto equilibrio tra rischio tromboembolico e rischio emorragico (in relazione anche alle problematiche cliniche del paziente, al tipo di intervento e di anestesia). Da tale valutazione discende, in rapporto al livello di rischio individuato, la scelta del trattamento profilattico del tromboembolismo postoperatorio indicato dalle pertinenti linee guida.

Deve essere documentato il trattamento scelto, il dosaggio, la modalità e i tempi di somministrazione.

### **Obiettivo 10. Prevenire le infezioni del sito chirurgico**

La procedura aziendale sul management chirurgico oculistico ed ortopedico contiene misure per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, dovendosi richiamare, in tale sede, le raccomandazioni contenute nella linea guida “Antibioticoprofilassi peri-operatoria nell'adulto” (elaborata nell'ambito del Sistema Nazionale Linee guida e disponibile sul sito web <http://www.snlg-iss.it/> ) incluse le raccomandazioni sull'indicazione alla profilassi antibiotica per tipologia di intervento chirurgico.

La decisione finale riguardante i benefici e i rischi della profilassi antibiotica per ogni singolo paziente dipenderà dal rischio di infezione del sito, dalla potenziale gravità dell'eventuale infezione, dalla efficacia della profilassi per quel determinato intervento, dalle conseguenze della profilassi per quel determinato paziente.

Quando gli antibiotici vengono utilizzati per la profilassi delle infezioni, devono essere somministrati entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione, con il dosaggio appropriato e con lo spettro d'azione efficace nei confronti dei probabili agenti contaminati.

Prima dell'incisione della cute, l'équipe operatoria deve accertarsi che la somministrazione endovenosa degli antibiotici sia stata effettuata entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione. Qualora si rendesse necessario l'impiego della Vancomicina, occorre infondere in un'ora e terminare prima dell'inizio dell'intervento

La profilassi antibiotica deve essere limitata al periodo perioperatorio e la somministrazione deve avvenire immediatamente prima dell'inizio dell'intervento. Non esistono prove a supporto di una maggiore efficacia della profilassi prolungata; nella maggioranza dei casi è sufficiente la somministrazione di un'unica dose di antibiotico (quella, appunto, somministrata entro 30-60 minuti dall'incisione della cute).

La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio non è giustificata.

L'estensione della profilassi alle prime 24 ore del postoperatorio può essere giustificata in situazioni cliniche definite quando l'indice di rischio di infezioni postoperatorie è alto. La decisione di prolungare la profilassi oltre la durata stabilita dalla linea guida locale dovrebbe essere motivata in documentazione sanitaria.

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b>  <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025  Revisione n.0  Pag. 7 di 10</p>
---	---	---

Le direzioni mediche di presidio avranno cura affinché tutte le sale operatorie devono sempre avvalersi di processi di sterilizzazione che includano la verifica della sterilità di tutti gli strumenti chirurgici, dispositivi e materiali.

La cute dei pazienti chirurgici deve essere preparata con un agente antisettico appropriato prima dell'inizio dell'intervento.

Deve essere garantita, tramite l'uso di adeguate soluzioni/gel, l'antisepsi chirurgica delle mani (si richiama alla procedura aziendale).

Il lavaggio delle mani con acqua e antisettico deve eseguirsi all'inizio della seduta operatoria e fra un intervento chirurgico e l'altro quando le mani sono visibilmente sporche o contaminate. Il lavaggio con acqua e antisettico prevede di strofinare mani e avambracci per l'intervallo di tempo raccomandato dal produttore della soluzione antisettica, solitamente per 2-5 minuti. Fra un intervento chirurgico e l'altro, se le mani non sono visibilmente sporche o contaminate, può essere eseguita la frizione con gel/soluzioni a base alcolica delle mani, nei tempi raccomandati dal produttore, in alternativa al lavaggio chirurgico con acqua e soluzione antisettica.

Le mani e gli avambracci dovrebbero essere lavati per 2-5 minuti. Quando le mani sono fisicamente pulite, un antisettico a base di alcol può essere utilizzato per l'antisepsi.

I componenti dell'équipe chirurgica, durante l'intervento, devono indossare una mascherina che copra adeguatamente bocca e naso, una cuffia o copricapo per coprire capelli e barba.

I componenti dell'équipe chirurgica, durante l'intervento, devono indossare guanti sterili e farlo dopo aver indossato un camice sterile.

Evitare la tricotomia, a meno che i peli nell'area di incisione non interferiscano con l'intervento. Se la tricotomia è necessaria, dovrebbe essere eseguita immediatamente prima dell'intervento e preferibilmente utilizzando rasoi elettrici.

Se si rende necessaria la rimozione dei peli, l'uso di creme depilatorie è sconsigliato.

Se possibile, incoraggiare il paziente a sospendere il fumo di tabacco nei 30 giorni precedenti l'intervento programmato.

I pazienti chirurgici dovrebbero effettuare una doccia preo-operatoria con sapone.

Infezioni preesistenti dovrebbero essere eliminate prima di un intervento programmato.

Usare teli chirurgici che mantengano l'efficacia di barriera anche quando sono bagnati.

Proteggere le ferite chirurgiche per 24-48 ore con medicazioni sterili.

Informazioni sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico dovrebbero essere fornite ai chirurghi, a tutti i professionisti di équipe operatorie e restituite agli appropriati amministratori.

In sala operatoria deve essere mantenuta una ventilazione a pressione positiva, rispetto ai locali adiacenti.

Occorre pulire e disinfettare le superfici della sala operatoria quando sono contaminate o visibilmente sporche, anche durante la seduta operatoria e prima di iniziare l'intervento successivo. Alla fine di ogni giornata operatoria si deve procedere alla pulizia e disinfezione terminale di tutto l'ambiente.

Dovrebbero essere implementate procedure standardizzate di controllo delle infezioni.

Le équipe chirurgiche devono essere formate sulla prevenzione e il controllo delle infezioni almeno una volta l'anno.

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 8 di 10</p>
---	--	---

La sorveglianza attiva per le infezioni del sito chirurgico dovrebbe essere condotta prospettivamente da personale specificamente formato nel controllo delle infezioni.

### **Obiettivo 11. Promuovere un’efficace comunicazione in sala operatoria**

Per favorire la comunicazione all’interno dell’équipe, al momento dell’arrivo del paziente in sala operatoria:

1) Il chirurgo prima dell’incisione della cute deve sempre assicurarsi che i componenti dell’intera équipe operatoria, quali infermieri e assistenti chirurgici siano informati sui punti critici della procedura da effettuare, sull’entità del rischio emorragico, sull’uso di eventuali dispositivi necessari per l’intervento (quali gli strumenti, gli impianti, le apparecchiature per la diagnostica per immagini intraoperatoria o di anatomia patologica) e qualsiasi eventuale variazione tecnica rispetto alla procedura standard.

3) L’infermiere deve comunicare ai componenti dell’équipe operatoria eventuali criticità del paziente ed eventuali emergenze relative a scarsità o indisponibilità di strumenti/presidi.

4) Nei casi di bilateralità, parti del corpo multiple (ad esempio dita di mani o piedi) o livelli multipli (ad esempio colonna vertebrale) o quando si devono prendere decisioni intraoperatorie sulla estensione della resezione chirurgica con il supporto delle immagini radiografiche, l’équipe dovrà accertarsi che le immagini necessarie siano disponibili e visualizzabili in sala operatoria.

Il chirurgo deve informare i componenti dell’équipe operatoria di tutte le eventuali variazioni apportate alla strategia chirurgica nel corso della procedura, possibili problematiche postoperatorie e gli elementi essenziali del piano postoperatorio (antibiotici, profilassi della trombosi venosa, terapia, la medicazione della ferita).

L’infermiere deve rendere note all’équipe e al coordinatore del blocco (secondo competenze) le eventuali anomalie cliniche, tecniche o organizzative riscontrate durante l’intervento o nella fase postoperatoria.

Tutte le informazioni riguardanti il paziente chirurgico devono essere registrate nella documentazione sanitaria in modo accurato, completo e devono recare la firma di chi le ha riportate.

Le informazioni registrate dal chirurgo dovrebbero contenere almeno i seguenti elementi:

nome della procedura principale e di ogni altra procedura secondaria, il nome di ogni chirurgo/i/operatori che ha partecipato all’intervento, i dettagli tecnici relativi alla procedura, materiale protesico, strumenti o garze specificatamente ed intenzionalmente lasciate all’interno del paziente, la stima delle perdite ematiche intraoperatorie.

Le informazioni registrate dagli infermieri devono includere almeno i seguenti elementi:

conta delle garze, aghi, taglienti, e dispositivi medico/chirurgici; il nome ed il ruolo del personale che ha eseguito il conteggio; strumenti o garze specificatamente ed intenzionalmente lasciate all’interno del paziente, qualsiasi provvedimento preso in seguito ad una discrepanza nel conteggio, eventuali motivazioni per cui non è stato eseguito il conteggio.

Nel caso di qualsiasi variazione nella composizione della équipe operatoria durante un intervento occorre documentare il momento del cambio e prevedere modalità di passaggio delle consegne che tengano conto di tutte le esigenze di sicurezza già illustrate.

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b>	Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 9 di 10
--	--	--

## **Obiettivo 12. Gestire in modo corretto il programma operatorio**

Il responsabile dell'unità operativa chirurgica, in accordo con il coordinatore di sala operatoria, effettua una pianificazione realistica dell'attività chirurgica specificando i seguenti elementi: ordine degli interventi, durata presunta (dalla preparazione al risveglio), sala operatoria, dati identificativi del paziente, patologia e tipo di intervento previsto, équipe operatoria, tipo di anestesia pianificata in relazione alla valutazione preoperatoria, lato dell'intervento, posizione del paziente, eventuali allergie (ad esempio, farmaci, lattice ecc).

Ai fini della sicurezza il programma operatorio settimanale deve precedentemente alla settimana programmata, le figure coinvolte attivamente nell'organizzazione dei processi.

Devono essere previste modalità per la gestione degli eventuali cambiamenti dei programmi operatori; i cambiamenti devono essere adeguatamente e tempestivamente comunicati a tutti i soggetti interessati.

Deve essere effettuata verifica dell'attività chirurgica: alla fine dell'intervento dovrebbe essere trascritto sul programma operatorio giornaliero se l'intervento è stato effettuato ovvero, se non è stato eseguito, specificandone il motivo.

Devono essere definite le modalità di archiviazione del programma operatorio giornaliero a fine della giornata.

Devono essere definite le responsabilità relativamente alla programmazione verifica ed archiviazione del programma operatorio giornaliero.

## **Obiettivo 13. Garantire la corretta redazione del registro operatorio**

Il registro operatorio e la documentazione sanitaria relativa al paziente devono comprendere almeno i seguenti requisiti formali:

- ⇒ unità operativa dove è ricoverato il paziente
- ⇒ data dell'intervento chirurgico o qualunque procedura invasiva
- ⇒ ora di ingresso e ora di uscita del paziente dalla sala operatoria
- ⇒ ora di inizio e fine dell'anestesia
- ⇒ ora di inizio dell'intervento chirurgico (momento di incisione della cute) ed ora di conclusione (momento di sutura della cute)
- ⇒ dati anagrafici del paziente
- ⇒ classe ASA come da valutazione preoperatoria
- ⇒ classificazione dell'intervento in pulito, pulito-contaminato, contaminato e sporco
- ⇒ tipo di antibiotico somministrato, dose, via di somministrazione, numero di dosi e momento della somministrazione
- ⇒ diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita (compreso il codice ICD-9-CM)
- ⇒ descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 10 di 10</p>
---	--	--

- ⇒ chirurghi, anestesisti ed infermieri componenti dell'équipe operatoria, specificando qualifica, cognome e nome
- ⇒ eventuali farmaci utilizzati dal chirurgo nel campo operatorio
- ⇒ tracciabilit dei dispositivi/presidi medici ad alto costo.
- ⇒ Il primo operatore alla conclusione dell'intervento chirurgico e prima che il paziente venga dimesso dal blocco operatorio redige e firma il registro operatorio.

La redazione del registro operatorio  un atto pubblico per cui ogni modifica, aggiunta, alterazione o cancellazione di quanto gi scritto si configura come falso in atto pubblico. Nell'ipotesi di una annotazione errata,  possibile redigere l'annotazione corretta, senza cancellare le precedenti scritte, che vanno barrate e firmate.