

**IL GOVERNO CLINICO DEI PROCESSI
ASSISTENZIALI:
DALLA TEORIA ALLA PRATICA
IPASVI – Brescia, 08 ottobre 2011**

**L'infermiere e la gestione
della sicurezza
all'interno di un blocco operatorio
certificato
ISO 9001**

ANTONELLA GANDIOLI
Coordinatrice Blocco Operatorio Multidisciplinare
P.O. di Montichiari
A. O. Spedali Civili di Brescia

DEFINIZIONE DI SICUREZZA

- Condizione di ciò che è senza rischi
- Determinazione / decisione / risolutezza
- Certezza / persuasione massima
convinzione
- Fiducia sentimento di affidabilità

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

La sicurezza del paziente
si traduce nella presa
in carico assistenziale per
tutto il percorso di sala
operatoria

LA SICUREZZA DELLA SALA OPERATORIA

La sicurezza della sala operatoria comporta
l'efficienza e l'efficacia di:

- Locali di sala operatoria (logistica ed arredi)
- Impianti (microclima, quadri elettrici e gas)
- Apparecchiature elettromedicali

GESTIONE APPROPRIATA DEL PROGRAMMA OPERATORIO

La non corretta programmazione degli interventi chirurgici può causare errori o incidenti in sala operatoria e costituire un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza

PERCORSO DEL PAZIENTE

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

- CHIAMATA ATTIVA
- CORRISPONDENZA DATI ANAGRAFICI CON LA CARTELLA CLINICA
- IDENTIFICAZIONE TRAMITE BRACCIALETTO (procedura aziendale PODSA05)

INSERIMENTO NEL REGISTRO INFORMATIZZATO

(utilizzando il programma ORMAWEB)
inserimento dati anagrafici, regime di
ricovero, orario di arrivo del paziente in
blocco e identificazione della giusta sala

ACCOMPAGNAMENTO DEL PAZIENTE NELLA SALA ASSEGNATA

(blocco operatorio poli-specialistico).

SICUREZZA DI SALA



CHECK IN



CHECK OUT

SECONDO PROCEDURA AZIENDALE
(PODSA2)

APPARECCHI ELETTROMEDICALI

Ogni apparecchio elettromedicale è provvisto di
una scheda identificativa e di registrazione delle
manutenzioni ordinarie, straordinarie e verifiche
elettriche effettuate, indispensabili a garantire la
SICUREZZA dell'apparecchiatura stessa

SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
Azienda Ospedaliera

CHECK LIST BLOCCO OPERATORIO
PAGINA 1 DI 2

BLOCCO OPERATORIO _____ SALA _____
 ELEZIONE URGENZA DATA ____/____/____ ORA ____:____

CHECK IN

| FASI DEL PROCESSO | AZIONI | OPERATORE RESPONSABILE (I/A) <i>Stg</i> |
|--|--|---|
| RIDUZIONE / CONTROLLO / EVENTUALE CORREZIONE | <input type="checkbox"/> CONTROLLO CONNESSIONE APPARECCHIATURE ALLA RETE ELETTRICA E ALLA RETE DISTRIBUTIVA DEI GAS MEDICALI <input type="checkbox"/> CONTROLLO CONNESSIONE EROGATORE DI ANESTETICI VOLATILI (VAPORIZZATORE) AL VENTILATORE MECCANICO <input type="checkbox"/> CONTROLLO CONNESSIONE VENTILATORE MECCANICO AL SISTEMA DI EVACUAZIONE DI ANESTETICI VOLATILI <input type="checkbox"/> ESECUZIONE TEST VENTILATORE MECCANICO (OVE PREVISTO) | I |
| | <input type="checkbox"/> BOMBOLA O2 CONTROLLO DISPONIBILITA' / FUNZIONALITA': <input type="checkbox"/> MONITOR <input type="checkbox"/> ASPIRATORE E SONDI <input type="checkbox"/> DEFIBRILLATORE <input type="checkbox"/> SISTEMI DI PREVENZIONE IPOTERMIA <input type="checkbox"/> POMPE-SIRINGHE <input type="checkbox"/> VERIFICA TEST / FUNZIONALITA' VENTILATORE MECCANICO | A |
| | CONTROLLO DISPONIBILITA' / FUNZIONALITA' PRESIDI IN USO PER VENTILAZIONE ASSISTITA / INTUBAZIONE TRACHEALE / EMERGENZA: <input type="checkbox"/> VA E' VERNI / AMBU <input type="checkbox"/> LARINGOSCOPIO CON LAME <input type="checkbox"/> CANNULE GUEDEL <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> TUBI ENDOTRACHEALI <input type="checkbox"/> MASCHERE FACCEALI <input type="checkbox"/> MANDRINI / INTRODUTTORI <input type="checkbox"/> AGO PER PUNTURAZIONE INTERCOSTALE (SET PER MINITRACHEOTOMIA) | I |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO DISPONIBILITA' / FUNZIONALITA' PRESIDI IN USO PER ANESTESIA LOCCOREGIONALE (OVE PREVISTA) <input type="checkbox"/> MATERIALI PER ANESTESIA EPIDURALE <input type="checkbox"/> MATERIALI PER ANESTESIA PLESSICA / TRONCULARE <input type="checkbox"/> ENS | I |
| SALA OPERATORIA | CONTROLLO DISPONIBILITA' / FUNZIONALITA' FARMACI ANESTESIOLOGICI IN USO PER INDUZIONE / MANTENIMENTO / EMERGENZA (ALR) (OVE PREVISTA): <input type="checkbox"/> IPNOTICI <input type="checkbox"/> ATROPINA <input type="checkbox"/> STUPEFACENTI <input type="checkbox"/> CURARI <input type="checkbox"/> EPEDRINA <input type="checkbox"/> ANESTETICI LOCALI <input type="checkbox"/> ANESTETICI VOLATILI <input type="checkbox"/> ADRENALINA | |
| | CONTROLLO DISPONIBILITA' / FUNZIONALITA' STRUMENTI IN USO: <input type="checkbox"/> POLYMASK <input type="checkbox"/> MONITOR <input type="checkbox"/> SORGENTI GAS MEDICALI <input type="checkbox"/> ASPIRATORE E SONDI <input type="checkbox"/> MATERIALI PER VENTILAZIONE ASSISTITA | |
| NOTE: | | |
| OPERATORE RESPONSABILE I (INFERMIERE) A (ANESTESISTA) | | |
| Cognome e Badge _____ | | |
| Firma _____ | | |

SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
Azienda Ospedaliera

CHECK LIST BLOCCO OPERATORIO
PAGINA 2 DI 2

BLOCCO OPERATORIO _____ SALA _____
 ELEZIONE URGENZA DATA ____/____/____ ORA ____:____

CHECK OUT

| FASI DEL PROCESSO | AZIONI | OPERATORE RESPONSABILE (I) <i>Stg</i> |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| RIDUZIONE / CONTROLLO / REINTEGRO | <input type="checkbox"/> CONTROLLO CHIUSURA SORGENTI GAS MEDICALI / ERGATORE DI ANESTETICI VOLATILI (VAPORIZZATORE) <input type="checkbox"/> SPEGNIMENTO APPARECCHIATURE E DECONNESSIONE (SE PREVISTA) DALLA RETE ELETTRICA E DALLA RETE DISTRIBUTIVA DEI GAS MEDICALI <input type="checkbox"/> DECONNESSIONE VENTILATORE MECCANICO DAL SISTEMA DI EVACUAZIONE DI ANESTETICI VOLATILI (SE PREVISTA) <input type="checkbox"/> CONTROLLO / EVENTUALE SOSTITUZIONE DELLA CALCE SODATA | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO DISPONIBILITA' / REINTEGRO SECONDO MODALITA' IN USO (RIFERIMENTO A SPECIFICA SCHEDA ACCESSORIA OVE PREVISTA) | I |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO DISPONIBILITA' / REINTEGRO SECONDO MODALITA' IN USO (RIFERIMENTO A SPECIFICA SCHEDA ACCESSORIA OVE PREVISTA) | |
| | <input type="checkbox"/> RICOGNIZIONE DA ESEGUIRE (TUTTE LE SALE OPERATORIE DEL BLOCCO INATTIVE) <input type="checkbox"/> RICOGNIZIONE DA NON ESEGUIRE (ALTRE SALE OPERATORIE DEL BLOCCO ATTIVE) | |
| SALA RISVEGLIO | <input type="checkbox"/> CONTROLLO CHIUSURA SORGENTI GAS MEDICALI <input type="checkbox"/> SPEGNIMENTO MONITOR <input type="checkbox"/> CONTROLLO DISPONIBILITA' / REINTEGRO: <input type="checkbox"/> POLYMASK <input type="checkbox"/> MATERIALI PER VENTILAZIONE ASSISTITA <input type="checkbox"/> ASPIRATORE E SONDI | |
| | NOTE: | |
| OPERATORE RESPONSABILE I (INFERMIERE) | | |
| Cognome e Badge _____ | | |
| Firma _____ | | |

SICUREZZA DEL PAZIENTE



CHECK IN



CHECK OUT

SECONDO PROCEDURA AZIENDALE
(PODSA2)

| SPEDALI CIVILI DI BRESCIA Azienda Ospedaliera | | COGNOME _____ | |
|--|--|---|----------------------|
| CHECK LIST PAZIENTE IN BLOCCO OPERATORIO | | NOME _____ | |
| LOCCO OPERATORIO _____ SALA _____ DATA _____ / _____ / _____ | | NATO/A IL _____ / _____ / _____ (CODICE IDENTIFICATIVO SE DISPONIBILE) | |
| CHECK IN | | | |
| FASI DEL PROCESSO | AZIONI | OPERATORI RESPONSABILI (I / C / A) <i>Stylia</i> | |
| ACCOGLIENZA PAZIENTE | <input type="checkbox"/> CONTROLLO CORRISPONDENZA IDENTITA' / CARTELLA CLINICA | I _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO DIGIUNO PREOPERATORIO E ASSENZA / RIMOZIONE DI: PROTESI / MONILI / COSMETICI / ALTRO | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO / ESECUZIONE PRESCRIZIONI PREOPERATORIE | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO ASSENZA REAZIONI AVVERSE / SITUAZIONI IMPREVISTE | I _____ | |
| PREPARAZIONE PAZIENTE ALL'ATTO ANESTESIOLOGICO E ALL'ATTO CHIRURGICO | <input type="checkbox"/> VERIFICA CORRISPONDENZA IDENTITA' / DOCUMENTAZIONE CHIRURGICA / CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO CHIRURGICO PREVISTO (Tipo/Sede/Lato) | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> PRESA VISIONE INDICAZIONE CHIRURGICA (Tipo/Sede/Lato) | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> VERIFICA CORRISPONDENZA IDENTITA' / DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA (E TRASFUSIONALE SE PREVISTA) / CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO ANESTESIOLOGICO PREVISTO | I _____ | |
| | <input type="checkbox"/> PRESA VISIONE INDICAZIONE CHIRURGICA (Tipo/Sede/Lato) | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> PREPARAZIONE VENA PERIFERICA E LINEA INFUSIONALE | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO PAZIENTE / PREVENZIONE LESIONI ACCIDENTALI | I _____ | |
| | <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO SISTEMI DI MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> VERIFICA CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE CHIRURGICHE | A _____ | |
| TIME OUT | | | |
| NOTE: | | | |
| OPERATORI RESPONSABILI | I (INFERMIERE) | C (CHIRURGO) | A (ANESTESISTA) |
| Cognome e Badge | | | |
| Firma | | | |
| CHECK OUT | | | |
| MISSIONE PAZIENTE | <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO IN REPARTO | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> ORGANIZZAZIONE DEL TRASFERIMENTO CON DOCUMENTAZIONE CLINICA | I _____ | |
| NOTE: | | | |
| OPERATORI RESPONSABILI | I (INFERMIERE) | A (ANESTESISTA) | |
| Cognome e Badge | | | ORA DIMISSIONE _____ |
| Firma | | | |

Sistema Sanitario  Regione Lombardia
Clinica Strada Emilia, Civ. 2 - 25100 Brescia - Ospedale - Numero Verde 800000113

TIME OUT

- Da eseguirsi immediatamente prima dell'inizio di una procedura chirurgica (incisione) e dopo l'induzione per confermare che i diversi controlli (check in) siano stati effettuati.

| SPEDALI CIVILI DI BRESCIA Azienda Ospedaliera | | COGNOME _____ | |
|--|--|---|----------------------|
| CHECK LIST PAZIENTE IN BLOCCO OPERATORIO | | NOME _____ | |
| LOCCO OPERATORIO _____ SALA _____ DATA _____ / _____ / _____ | | NATO/A IL _____ / _____ / _____ (CODICE IDENTIFICATIVO SE DISPONIBILE) | |
| CHECK IN | | | |
| FASI DEL PROCESSO | AZIONI | OPERATORI RESPONSABILI (I / C / A) <i>Stylia</i> | |
| ACCOGLIENZA PAZIENTE | <input type="checkbox"/> CONTROLLO CORRISPONDENZA IDENTITA' / CARTELLA CLINICA | I _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO DIGIUNO PREOPERATORIO E ASSENZA / RIMOZIONE DI: PROTESI / MONILI / COSMETICI / ALTRO | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO / ESECUZIONE PRESCRIZIONI PREOPERATORIE | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CONTROLLO ASSENZA REAZIONI AVVERSE / SITUAZIONI IMPREVISTE | I _____ | |
| PREPARAZIONE PAZIENTE ALL'ATTO ANESTESIOLOGICO E ALL'ATTO CHIRURGICO | <input type="checkbox"/> VERIFICA CORRISPONDENZA IDENTITA' / DOCUMENTAZIONE CHIRURGICA / CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO CHIRURGICO PREVISTO (Tipo/Sede/Lato) | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> PRESA VISIONE INDICAZIONE CHIRURGICA (Tipo/Sede/Lato) | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> VERIFICA CORRISPONDENZA IDENTITA' / DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA (E TRASFUSIONALE SE PREVISTA) / CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO ANESTESIOLOGICO PREVISTO | I _____ | |
| | <input type="checkbox"/> PRESA VISIONE INDICAZIONE CHIRURGICA (Tipo/Sede/Lato) | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> PREPARAZIONE VENA PERIFERICA E LINEA INFUSIONALE | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO PAZIENTE / PREVENZIONE LESIONI ACCIDENTALI | I _____ | |
| | <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO SISTEMI DI MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI | C _____ | |
| | <input type="checkbox"/> VERIFICA CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE CHIRURGICHE | A _____ | |
| TIME OUT | | | |
| NOTE: | | | |
| OPERATORI RESPONSABILI | I (INFERMIERE) | C (CHIRURGO) | A (ANESTESISTA) |
| Cognome e Badge | | | |
| Firma | | | |
| CHECK OUT | | | |
| MISSIONE PAZIENTE | <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO IN REPARTO | A _____ | |
| | <input type="checkbox"/> ORGANIZZAZIONE DEL TRASFERIMENTO CON DOCUMENTAZIONE CLINICA | I _____ | |
| NOTE: | | | |
| OPERATORI RESPONSABILI | I (INFERMIERE) | A (ANESTESISTA) | |
| Cognome e Badge | | | ORA DIMISSIONE _____ |
| Firma | | | |

Sistema Sanitario  Regione Lombardia
Clinica Strada Emilia, Civ. 2 - 25100 Brescia - Ospedale - Numero Verde 800000113

LA DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE DELL'INFERMIERE DI SALA OPERATORIA



**STRUMENTISTA/
INFERMIERE DI SALA**

**NURSE D'ANESTESIA/
INFERMIERE DI SALA**

- **CONTA GARZE**
- **TRACCIABILITA'**

- **ASSISTENZA PRE- INTRA – POST OPERATORIA**

Azienda Ospedaliera Spedali Civili Brescia Direzione Presidio Montichiari Blocco operatorio

SCHEDA INFERMIERISTICA BLOCCO OPERATORIO

PAZIENTE: DATA: .. / .. / .. SALA n° 1 2 3 4

Intervento in: ELEZIONE URGENZA

TIPO D'INTERVENTO:

LATERALITA': DESTRA SINISTRA NESSUNA ENTRAMBE

STRUMENTISTA INFERMIERE o OPERATORE DI SUPPORTO

POSIZIONE DEL PAZIENTE.

SUPINO SUPINO ARTI INF DIVARICATI SUPINO ARTI SUP DIVARICATI

SUPINO ARTO INF FLESSO GINECOLOGICA PRONO FIANCO DESTRO

FIANCO SINISTRO LETTO DA TRAZIONE ALTRO

POSIZIONAMENTO PIASTRA ELETTO NEUTRO: SI NO

Ant. Post.

◆ **DRENAGGIO** in aspirazione a caduta a piatto

◆ SNG già in sede posizionato in sala op

◆ CATERE VESICALE già in sede posizionato in sala op

◆ LAVAGGIO INTRAOPERATORIO eseguito con: NON eseguito

Prelievo di materiale per esame istologico istologico in estemporanea esame citologico esame culturale

USO DI LACCIO PNEUMATICO NO SI tempo:

CONTROLLO RADIOLOGICO SI NO USO APPARECCHIO DI BRILLANZA

MEDICAZIONE

A PIATTO

A PIATTO COMPRESSIVA

CON BENDAGGIO ELASTICO

BENDAGGIO CON COTONE E BENDA AUTOADESIVA

CON STECCA DI ZIMMER

CON DOCCIA IN TELA ARMATA

CON STECCA GESSATA O CARTONATA

APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO

NOTE

| Documento | Revisione | Data | Pagina |
|------------|-----------|------------|---------------|
| ModBO70301 | 00 | 10/05/2010 | Pagina 1 di 4 |

Azienda Ospedaliera Spedali Civili Brescia Direzione Presidio Montichiari Blocco operatorio

SCHEDA INFERMIERISTICA BLOCCO OPERATORIO

CONTA GARZE (fasi del conteggio) NON PREVISTA

| | inizio | Elementi aggiunti | Tot al cambio strumentista | Tot. finale | verifica |
|---------------------------|--------|-------------------|----------------------------|-------------|----------|
| GARZE MEDIE | | | | | N° |
| LAPAROTOMICHE | | | | | N° |
| GARZE GRANDI | | | | | N° |
| BATUFFOLI | | | | | N° |
| LONGHETTE O GARZE PICCOLE | | | | | N° |

| | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | VERIFICA |
|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|
| FILO CON AGO | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | N°.... |
| BOBINA | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | N°.... |
| FILO CON DOPPIO AGO | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | N°.... |
| LAMA DA BISTURI | 01 | 02 | | | | | | | | | | | | | | N°.... |

Firma per conta iniziale Strumentista firma al cambio strumentista 1° strumentista firma conta finale strumentista

Inf. Di sala / Op. sup. inf. Di sala / op. sup.

Firma di verifica avvenuto conteggio prima dell'intervento Firma di avvenuto conteggio alla chiusura di ogni cavità di ogni cavità

1° operatore 1° operatore

CONTEGGIO FERRI eseguito non eseguito

Firma per conta iniziale Strumentista firma per conta finale strumentista

Firma di verifica avvenuto conteggio prima dell'intervento 1° operatore firma di avvenuto conteggio alla chiusura di ogni cavità 1° operatore

| Documento | Revisione | Data | Pagina |
|------------|-----------|------------|---------------|
| ModBO70301 | 00 | 10/05/2010 | Pagina 2 di 4 |

CORRETTEZZA ED APPROPRIATEZZA
DELLE INFORMAZIONI

(Paziente trasferito al reparto)

COMPLETEZZA DEI DOCUMENTI

(Atto operatorio – Scheda Infermieristica
conta garze – Scheda Infermiere
d'Anestesia)

LA GESTIONE DELLE
"NON CONFORMITA' "

- **Raccolta e segnalazione** di tutte le situazioni non conformi, e relative azioni correttive, rispetto alle procedure che attendono a tutto il percorso del paziente in sala operatoria.
- **Scopo:** identificare le criticità nelle procedure e porvi rimedio.

MUOVERSI PER PROTOCOLLI IN SALA OPERATORIA



PRESERVARE AD OGNI **RUOLO** IL PROPRIO
AMBITO DI COMPETENZA IN UN'OTTICA DI
INTERDISCIPLINARIETA' AL FINE DI
OTTIMIZZARE IL LAVORO DELL'EQUIPE

L'EVENTO AVVERSO IN SALA OPERATORIA E LA SUA GESTIONE

- **EVENTI AVVERSI**: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
- **NEAR MISS/QUASI EVENTI**: errore che ha la potenzialita' di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

EVENTO SENTINELLA:

eventi avversi di particolare gravità
indicativi di un serio
malfunzionamento del sistema, che
causano morte o gravi danni al
paziente e che determinano un
perdita di fiducia dei cittadini nei
confronti del Servizio Sanitario.

**OBIETTIVI PER LA SICUREZZA
IN SALA OPERATORIA**

- Operare il paziente corretto ed il sito corretto
- Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
- Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
- Preparare e posizionare in modo corretto il paziente

- Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
- Controllare e gestire il rischio emorragico
- Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
- Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
- Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
- Prevenire le infezioni del sito chirurgico

- Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
- Gestire in modo corretto il programma operatorio
- Garantire la corretta redazione del registro operatorio
- Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
- Attivare sistemi di valutazione dell'attività di sala operatoria.

WORK IN PROGRESS

- L'informazione all'utente
- Creazione di una guida al fine di illustrare al paziente il percorso di Sala Operatoria in relazione alla tipologia di intervento chirurgico, al tipo di anestesia e relativo postoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- Manuale per la sicurezza in sala operatoria (Ministero de lavoro, della salute e delle politiche sociali ott. 2009)
- Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità (Ministero della salute giu. 2011)
- Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella (Ministero della Salute apr. 2007)

DOMANDE

?



GRAZIE PER L'ATTENZIONE