



**6 novembre 2010**

# **L'attività infermieristica in camera operatoria: l'errore**

**Anna Maria Pincioli AFD, Master I.O.L.F.  
A.O. Legnano**





# “Novanta morti al giorno per gli errori della Sanità”

## LE PERCENTUALI

**50%** decessi evitabili sul totale dei morti per malasanità

**32%** errori avvengono in sala operatoria

**30%** risorse per rimediare agli errori



# Errore 32%!

**Intervento su parte o lato del corpo sbagliata**

**Esecuzione chirurgica impropria**

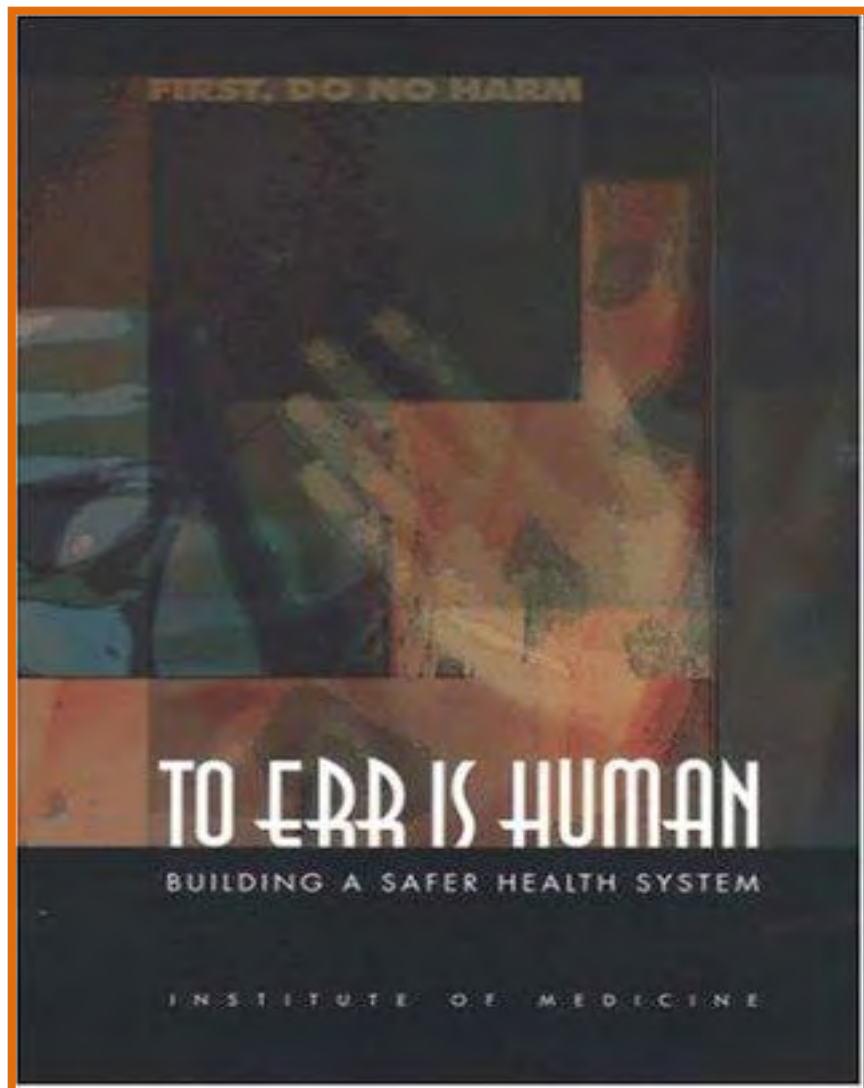
**Chirurgia non necessaria**

**Gestione non corretta del paziente chirurgico**

**Corpi estranei nel focolaio chirurgico**

**Corriere della Sera 2004- D.M . Marzo 2003 Rischio Clinico**

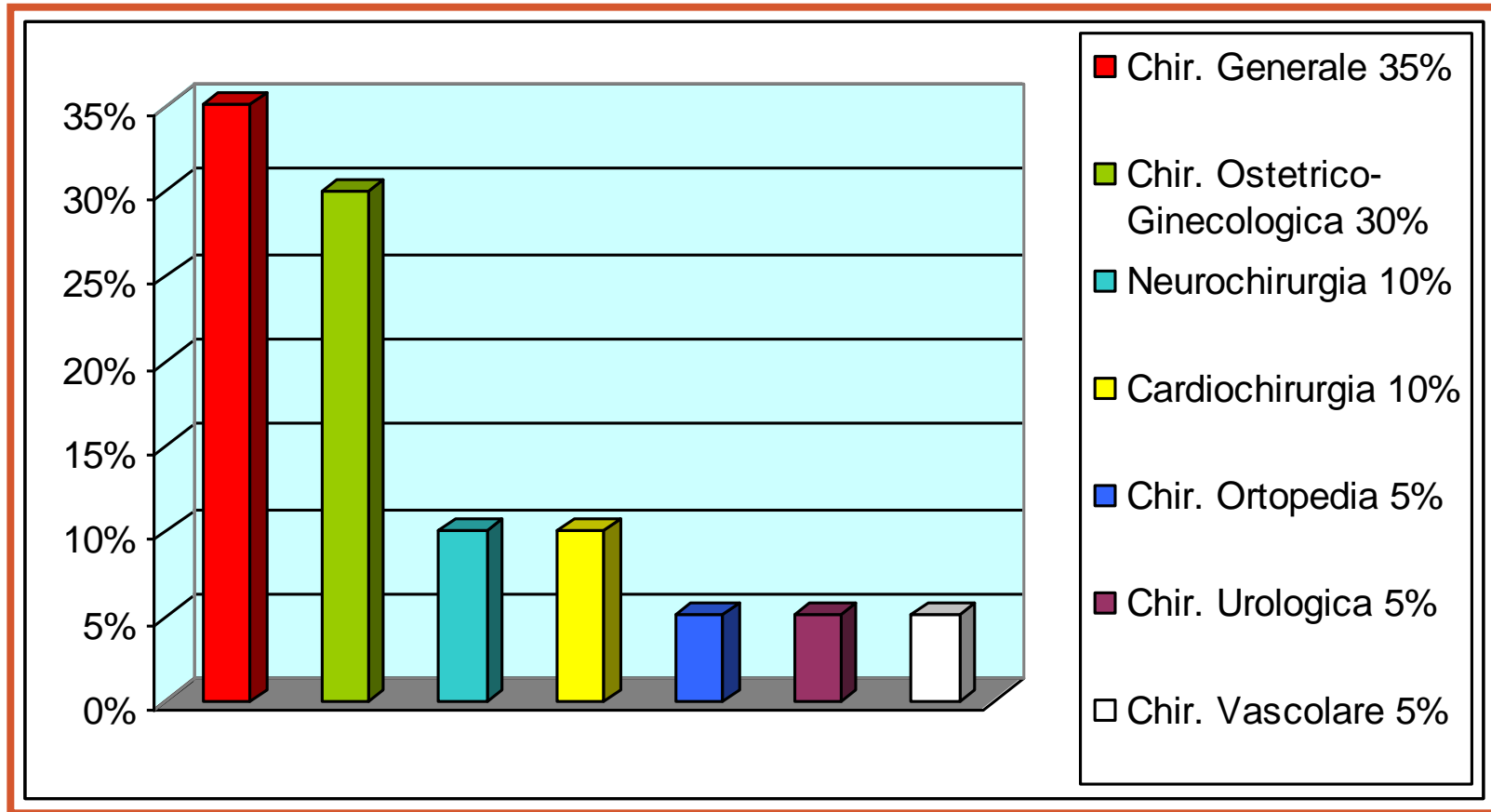
# ERRORE



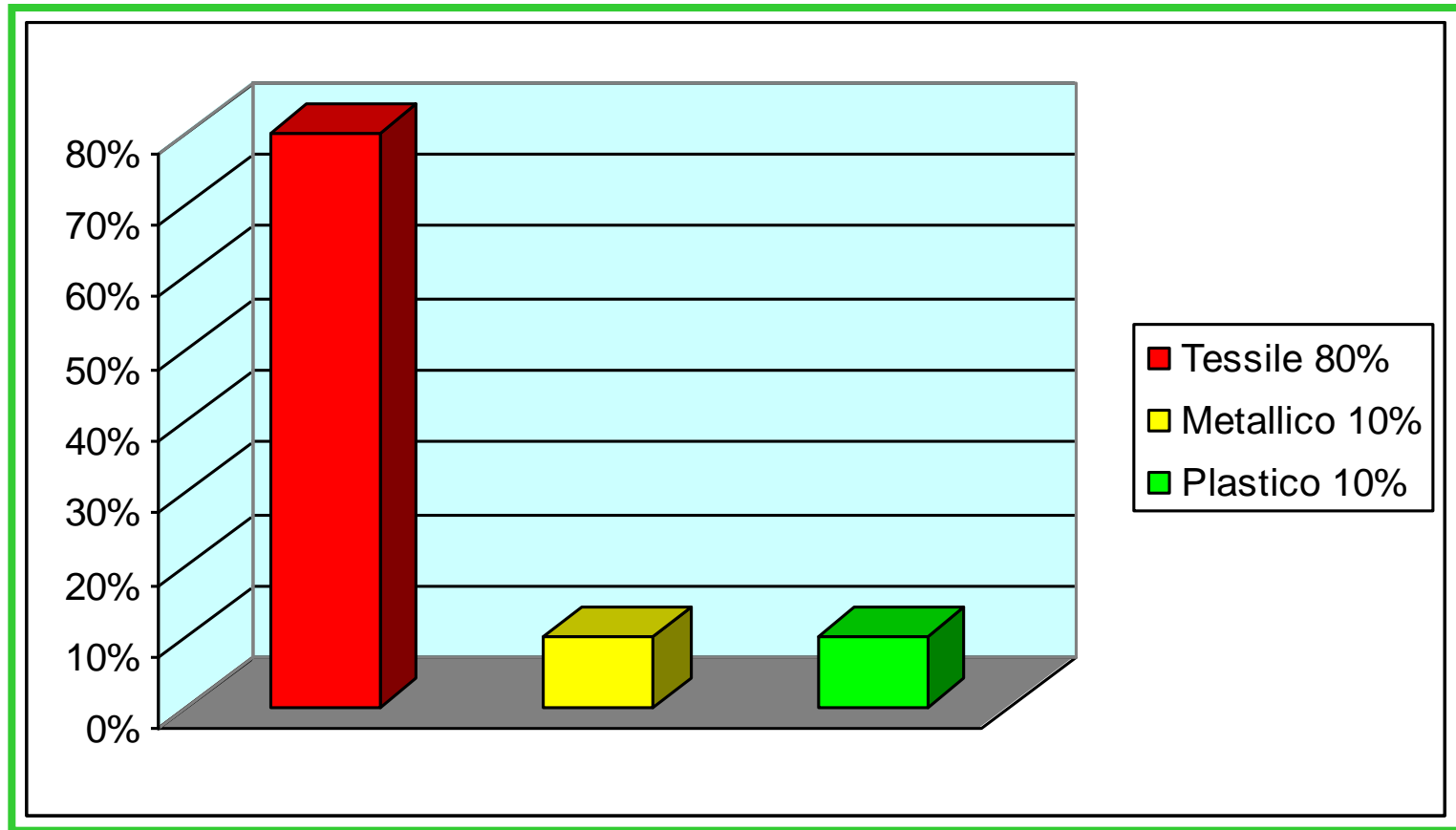
**“La fallibilità è una caratteristica dell’essere umano. Noi non possiamo cambiare l’essere umano, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli esseri umani operano”**

**James Reason, 2003**

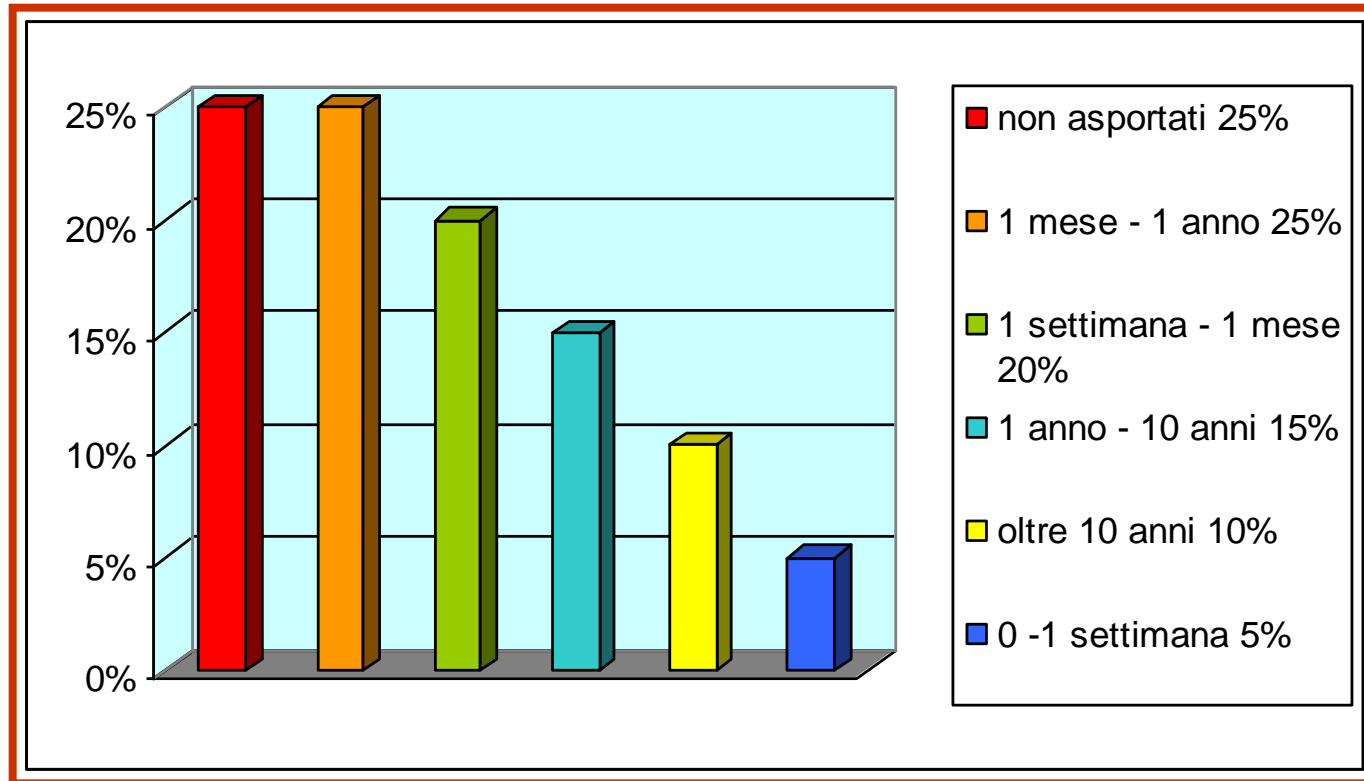
# Fig. 1–Settore chirurgico di appartenenza dei C.E.



## Fig. 3 – Materiali costituenti i C.E.



# Fig. 5 – Tempo di permanenza dei C.E. prima della identificazione-asportazione



# I.O.M (Institute of Medicine)

## ERRORE



### ERRORE DI ESECUZIONE

fallimento nel portare a termine, come nelle **intenzioni**, un'azione precedentemente pianificata

### ERRORE DI PIANIFICAZIONE

l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo



**“LA REPUBBLICA 23 OTTOBRE 2006 ”**

**SANITÀ GLI ERRORI DEI MEDICI**

**PROVOCANO 90 MORTI AL GIORNO,**

**OLTRE 14 MILA DECESSI**

**10 MILIARDI DI EURO /ANNO**

# I CASI .. i FATTI



**Caso 1. Uomo di 79 anni, fu ricoverato nel febbraio del 2000 per colica addominale in neoplasia del colon.**

- Fu sottoposto ad intervento di emicolectomia destra allargata e omentectomia.
- Nel 2000 nuovo ricovero per comparsa di dolori addominali crampiformi e chiusura dell'alvo.
- Un esame radiografico evidenziò la presenza di un corpo estraneo radiopaco, di forma allungata, ai quadranti addominali di sinistra che, a seguito di laparatomia, si dimostrò essere una grossa garza chirurgica adesa alle anse e al peritoneo parietale.
- Nel febbraio 2001 il paziente decedette per carcinoma del colon, metastasi epatiche, collasso cardiocircolatorio.

# Caso 4. Caso autoptico

dell'agosto 1998, relativo ad una donna di 74 anni.



All'anamnesi risultò: intervento chirurgico per carcinoma ovarico nel 1987, con completamento intervento per laparocoele; nel febbraio 1998 ulteriore intervento chirurgico per carcinoma del colon.

Successivamente la donna lamentò addominalgie, cui seguiremo ricoveri ospedalieri, con riscontro palpatorio di massa iliaca sinistra. Nel maggio 1998 fu posta diagnosi di sindrome neoplastica e di trombosi femorale sinistra.

La donna decedette in tale quadro clinico.

Al riscontro diagnostico, in addome fu evidenziata la presenza di una <<sacca>> formata da anse digiunali e colon discendente, adesi tra loro, all'interno della quale fu repertato un corpo estraneo <<claviforme>>, costituito da una garza chirurgica arrotolata e inbibita di materiale purulento, in continuità con un difetto a tutto lo spessore della parete

**ERRORE**

**EVENTO AVVERSO**

***DANNO / COLPA***



2005:



**Sussiste responsabilità da parte di tutti i componenti dell'équipe chirurgica,** in relazione del reato di cooperazione nel delitto di lesione gravi, per **l'ommissione** del doveroso controllo reciproco sull'uso e sull'asportazione di uno strumento chirurgico dimenticato all'interno dell'addome del paziente ed evoluto con complicazioni che avevano reso necessario un secondo intervento.

***"Primum non nocere"***  
**cioè non arrecare danno**  
**IPPOCRATE 460-375 a.C.**



**imperativo etico delle professioni  
sanitarie**

**al quale si dovrebbero attenere,  
con coscienza e buona fede,  
tutti gli operatori sanitari.**



# INFERMIERE IN CAMERA OPERATORIA

PROFESSIONISTA CON CONOSCENZE E  
COMPETENZE PIU'DIFFUSE

**"POLISPECIALISTA"**

PER UNA PRATICA INFERMIERISTICA AVANZATA

**CARATTERISTICHE:**

- L'ESPERIENZA ***SAPER FARE***
- LA FORMAZIONE ***SAPERE***
- LA RIFLESSIONE CRITICA ***SAPER ESSERE***

***ADATTANDO LA PROPRIA COMPETENZA  
ALL'EVOLUZIONE DEI BISOGNI DELL'UTENZA***

Dal concetto

*“competence at work”*

a quello di *“working with  
competencies”*

**“competenza al lavoro**

**a lavorare**

**con competenza”**

# RESPONSABILITA'



*obbligo di rispondere di un'azione  
contraria alle norme*

*ciò è*

*di sopportare le conseguenze previste dalla  
Legge per quell'azione.*

*Nell'esercizio professionale  
si parla di*

***RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE***

# *Responsabilità d'équipe*



*lavoro in équipe, interdisciplinare o pluridisciplinare  
(es. chirurgo, anestesista, infermieri ... altri)*

***PRUDENZA - PERIZIA - DILIGENZA***

**“DOVERE DI PROTEZIONE”**  
**POSIZIONE GARANZIA**  
**Cass. 9638 13/9/2000 D**

**RESPONSABILITA' D'EQUIPE**  
**Civile/Penale**

**PRINCIPIO DELL’AFFIDAMENTO**

**DIVISIONE DEGLI OBBLIGHI**

# POSIZIONE DI GARANZIA

- OBBLIGO DI **IMPEDIRE L'EVENTO SIA PER I SOGGETTI IN POSIZIONE APICALE SIA PER QUELLI CHE SI TROVANO IN POSIZIONE SUBORDINATE.**
- CONDIVISIONE DI OBBLIGHI E POSIZIONE CON CHI IMPARTISCE **GLI ORDINI.**

# ATTORI PRINCIPALI DEL PROCESSO

## COSTITUZIONE

*Rispetto della persona*

*Principio di solidarietà*

*Infermiere / Medico = responsabilità*

*perché entrambi garanti della salute*

*del*

**PAZIENTE**



# **RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA**

- **PROFILO PROFESSIONALE DM 739/99**

- **LEGGE 26 FEBBRAIO 1999 n°42**

- **CODICE DEONTOLOGICO 2009**

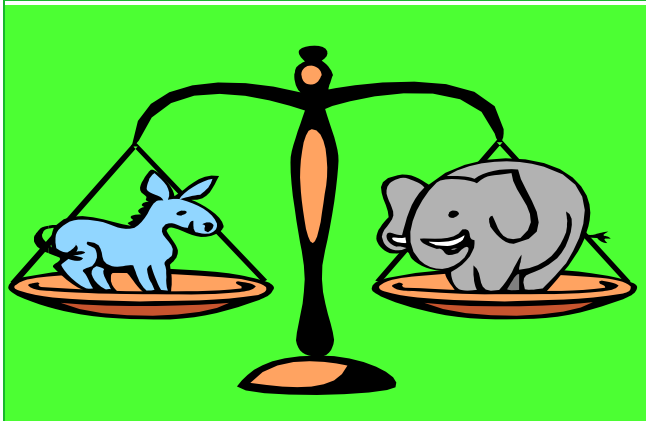
- **LEGGE 251/2000**

- **LEGGE n°43 /2006**

**I CONCETTI DI AUTONOMIE E  
RESPONSABILITÀ SONO  
PRESENTI NEI 22 PROFILI  
PROFESSIONALI.**

**LIVELLI DI RESPONSABILITÀ  
DEFINITI DALLE NORME**

# COLPA PROFESSIONALE



**INFRAZIONE  
DI REGOLE /NORME  
CHE RIGUARDANO:**

- 1. CONDOTTA /RUOLO**
- 2. REGOLAMENTI/PROTOCOLLI/LINEE GUIDA**
- 3. ESERCIZIO PROFESSIONALE**

# FONDAMENTI DELLA COLPA

**PRUDENZA** "previdere"

**PERIZIA** "saper fare"

**DILIGENZA** "diligere"

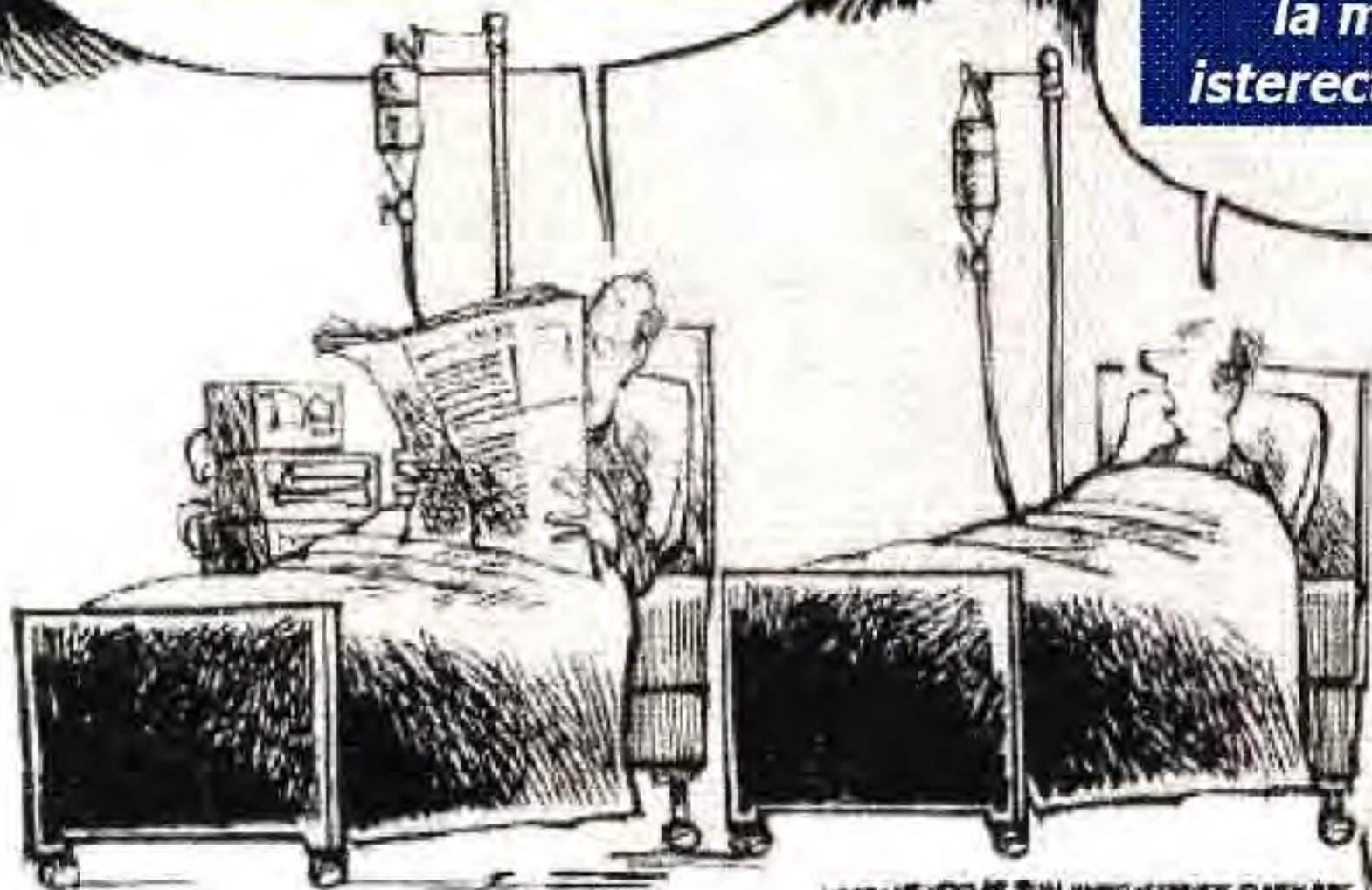
**osservanza di leggi, regolamenti e discipline**

## **PRESUPPOSTI DELLA RESPONSABILITÀ PENALE**

*art. 43 c.p. comportamento **colposo**.....  
evento previsto ma non voluto!!!*

*Dice che la frequenza di  
errori medici è  
spaventosamente alta*

*Questo spiega  
la mia  
isterectomia*



THE LAST WORDS OF AN UNDEVELOPED CIVILIZATION

MIKE SMITH

# ***PER EVITARE ERRORI L'INFERMIERE DOVREBBE .....***



- **INFORMARSI**
- **AGIRE** con competenza
- **PIANIFICARE** le prestazioni potendo scegliere e controllare idonei collaboratori

***ASTENERSI***  
***per evitare rischi incontrollabili***

**ACOI**



**Nel 2005**

**"Commissione Risk Management ACOI"**

Presidente Prof. Carlo Corsi

**dal 2006 ad oggi**

Congressi per sviluppare

**la cultura del Rischio**

**attività di *reporting, audit clinico***

***compilazione cartella clinica***

***documentazione sanitaria***

**COMUNICAZIONE**

# CARTA DELLA QUALITA'IN CHIRURGIA

## UN PATTO PER I DIRITTI TRA OPERATORI E CITTADINI



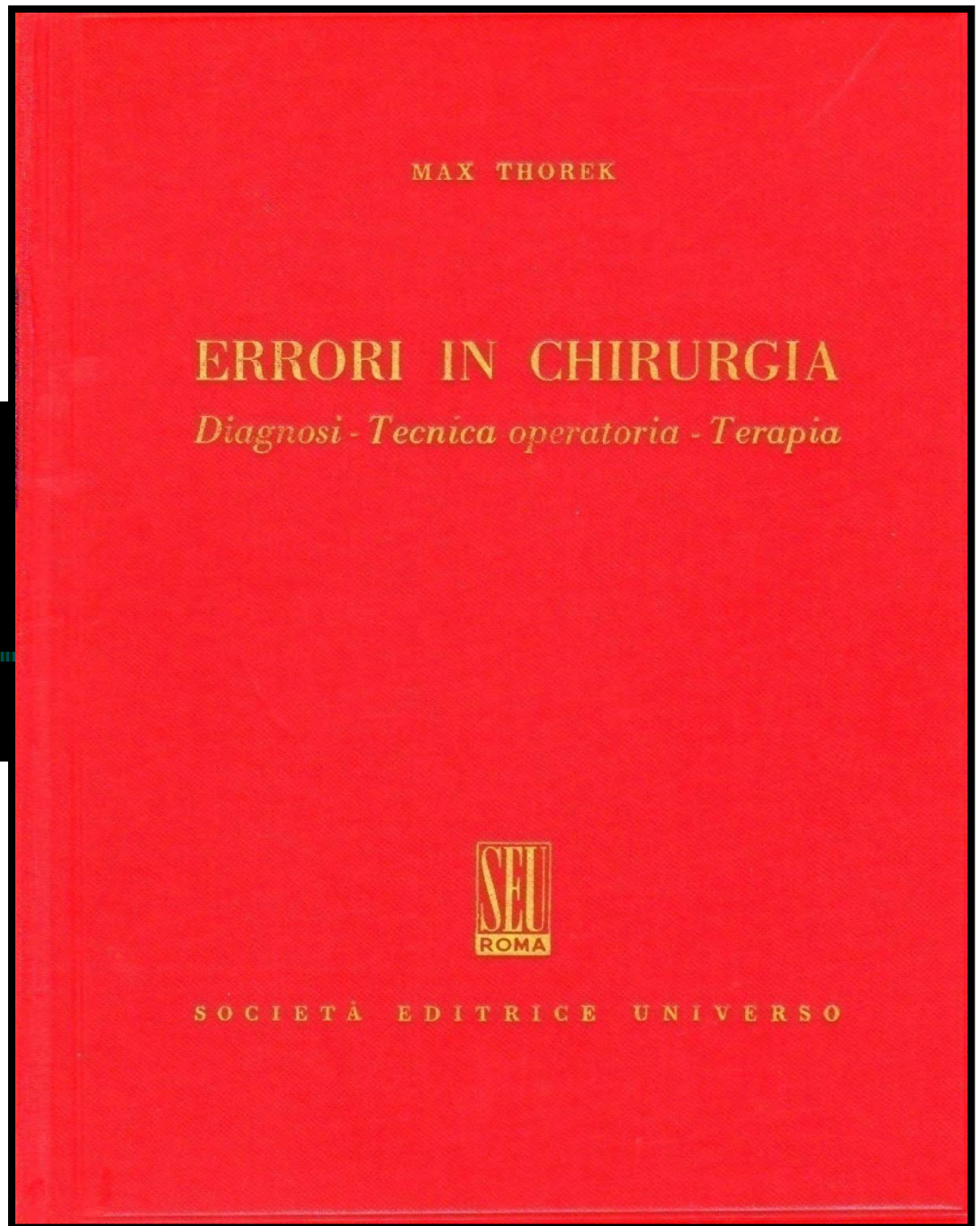
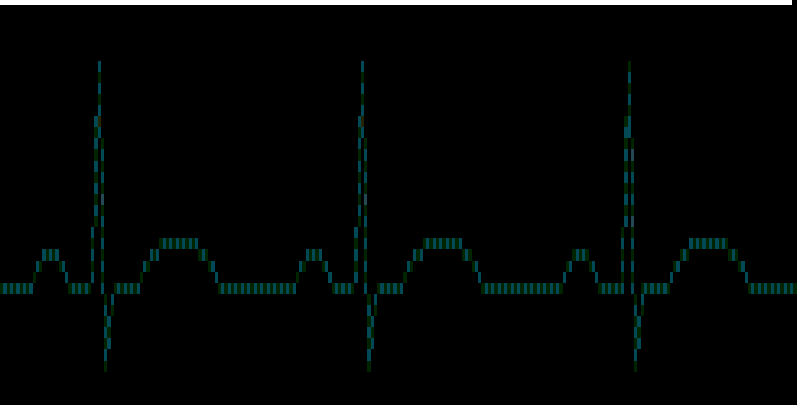
### Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato in partnership con Johnson & Johnsons Medical con il patrocinio di Acoi e Fiaso

**SCOPO:** migliorare il rapporto tra il paziente e  
l'operatore sanitario

**DOVE:** nel percorso di cura

**COME:** con qualità delle prestazioni e garanzia  
per la sicurezza del paziente

e guardando  
al passato.....



MAX THOREK

# ERRORI IN CHIRURGIA

*Diagnosi - Tecnica operatoria - Terapia*



SOCIETÀ EDITRICE UNIVERSO

MAX THOREK

M.D., LL.D., S.C.D., F.R.C.S., F.R.C.S. (Edin.), D.C.M., F.R.S.M.

*Professor of Surgery, Cook County Graduate School of Medicine, Surgeon-in-Chief, Amerson Hospital of Chicago; President and Secretary General of the International College of Surgeons; Visiting Attending Surgeon, Cook County Hospital, and Consulting Surgeon, Municipal Polyclinic, Baltimore; Honorary Fellow, Surgical Society of Rome, Italy; Honorary Fellow, Picassini Surgical Society, Padua; Mexican Academy of Surgery; Honorary Fellow, Belgian Academy of Surgery; Fellow (Honorary) Canon, Royal Surgical Society of Bulgaria; Fellow, National Academy of Medicine, Columbia; Corresponding Member, Societate de Chirurgie de Bucuresti; Honorary Canon, Vienna Medical Society; Honorary Fellow, Turin Lombard Surgical Society.*

# ERRORI IN CHIRURGIA

## DIAGNOSI - TECNICA OPERATORIA - TERAPIA

Traduzione dalla V edizione americana  
a cura del Dr. LUCIANO STERBELONE



# CORPI ESTRANEI

## COME AVVIENE L'INCIDENTE

Oppure può accadere che il corpo estraneo venga scoperto accidentalmente durante un atto operatorio successivo da un altro chirurgo, che può anche non conoscere il responsabile o tacere per ragioni di etica professionale. Le statistiche basate sui dati riportati sono probabilmente fallaci; nondimeno mi sembra che tali incidenti andrebbero segnalati il più spesso possibile, perchè queste comunicazioni nel futuro potrebbero giovare ad altri, costretti ad affrontare lo stesso problema.

**AUDIT**

G. M. FASIANI e L. TORRACA

P. DE BENEDETTI EDITORE,  
Via della Pace, 127 - 00187 Roma  
Telefono 2. 4477 - Telefax

## Elementi per valutare la resistenza degli operandi e diminuire i rischi operatorii

Relazione al XXXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia

ROMA  
EDIZIONE TIPOGRAFICA A. MANZONI  
Via Filadelfia 20  
10121

*La relazione sul rischio negli operandi (1927).*



# ERRORI

**ATTIVI** = associati alle prestazioni degli operatori di prima linea e, pertanto, con effetti immediatamente percepibili e, di conseguenza, facilmente individuabili

**“errore umano”**

**LATENTI** = esito di attività distanti (in termini di spazio e tempo) dal luogo **dell'incidente** e riguardano aspetti di management, di progettazione tecnologica, di elaborazione di norme e regolamenti, ... **“errore di sistema”**

ERRORE UMANO + ERRORE DI SISTEMA



EVENTO SENTINELLA



*la proporzione di Heinrich*

1

10 danni gravi

290 danni lievi

3.000 incidenti senza danno

300.000 quasi-incidenti



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

UFFICIO III

Protocollo Sperimentale di Monitoraggio  
degli Eventi Sentinella  
1° Rapporto  
(Settembre 2005-Febbraio 2007)



Tabella 2. Categorie di eventi sentinella del protocollo di monitoraggio

1. Procedura in paziente sbagliato	
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	
3. Suicidio in paziente ricoverato	
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	
5. Reazione transfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	
8. Violenza su paziente ricoverato	
9. Morte o disabilità permanente in neonato (ano di peso >2500 grammi non correlata a una malattia congenita in neonato sano)	
10. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno	

Tabella 3. Distribuzione di frequenza del tipo di evento sentinella

Tipo evento	n.	%
1. Paziente sbagliato	1	1%
2. Parte del corpo sbagliata	2	2%
3. Suicidio in paziente ricoverato	20	16%
4. Materiale ritenuto	14	11%
5. Reazione trasfusionale (ABO)	9	7%
6. Errore di terapia farmacologica	6	5%
7. Travaglio e/o parto	7	6%
8. Violenza o maltrattamento	1	1%
9. Morte o disabilità permanente in neonato sano	12	10%
10. Altro evento avverso	51	41%
Totale	123	100%

**Tabella 5. Luogo evento**

Luoghi	n.	%
Stanza degenza	45	37%
<b>SALA OPERATORIA</b>	30	24%
Sala parto	17	14%
Pronto Soccorso	12	10%
Extraospedaliero	5	4%
Terapia Intensiva	3	2%
Sala gessi	2	2%
Terapia intensiva neonatale	2	2%
Vani accessori	2	2%
Ambulatorio	1	1%
Sala dialisi	1	1%
Sala endoscopica	1	1%
Sala radiologica	1	1%
Day hospital	1	1%
<b>Totale</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

**Tabella 6. Eventi sentinella per Unità Operative**

Unità Operative	n.	%
Chirurgia	28	23%
Ginecologia e ostetricia	21	17%
Medicina	16	13%
Pronto soccorso	15	12%
Ortopedia	14	11%
Neurologia	4	3%
Diagnostica per immagini	3	2%
Riabilitazione	2	2%
Psichiatria	2	2%
Pneumologica	2	2%
Neonatologia	2	2%
Nefrologia	2	2%
Ematologia	2	2%
Cardiologia	2	2%
Cardiochirurgia	2	2%
Anestesia e rianimazione	2	2%
Urologia	1	1%
ORL	1	1%
Geriatrics	1	1%
Ch. Plastica	1	1%
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

e quindi sarà utile incrementare



## *Linee di sviluppo*

- 1) Rafforzare a tutti i livelli istituzionali i sistemi di sorveglianza degli eventi avversi
- 2) Implementare le raccomandazioni per le buone pratiche e per la sicurezza dei pazienti.
- 3) Promuovere la formazione degli operatori per l'analisi degli eventi avversi.
- 4) Migliorare la capacità di risposta del sistema al verificarsi degli eventi.



# Diversamente....



## **Caso 3. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico**

Dieci giorni dopo aver effettuato un intervento chirurgico per parto cesareo, la paziente si ripresenta al pronto soccorso con forti dolori addominali e febbre; dopo essersi sottoposta a radiografia si evidenziava la presenza di un corpo estraneo. La paziente quindi veniva operata il medesimo giorno e nel corso dell'intervento veniva asportata una garza. Dall'indagine, nonostante in cartella clinica venisse annotata l'esecuzione di conteggio di garze e ferri, è emersa la mancata applicazione di una procedura scritta per il conteggio delle garze, che può avere determinato l'errore tra conta iniziale e conta finale. A ciò si aggiunge l'errore di comunicazione tra l'operatore strumentista, addetta alla conta e il chirurgo, che non ha chiesto allo strumentista se fossero mancate delle garze e quindi ha proceduto con la chiusura del campo operatorio.

**Mancata applicazione di procedura per il conteggio di garze o altro materiale durante e dopo un intervento chirurgico e carente comunicazione nell'ambito dell'èquipe operatoria.**



# **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**SCOPO:**

**CONSENTE AL PROFESSIONISTA DI MISURARE LE  
PROPRIE ATTIVITA' SANITARIE PRESTANDO  
PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI ASPETTI**

**GIURIDICI**

**PROTEZIONE E SICUREZZA  
MAGGIOR QUALITA'  
PRINCIPALE FONTE PER L'AUDIT  
INTERPROFESSIONALE/INTERDISCIPLINARE**

# **DAY SURGERY: MODELLO CLINICO, ORGANIZZATIVO E GESTIONALE**

## **CONCENTRAZIONE NEL TEMPO E NELLO SPAZIO**

- ***DI RISORSE E ATTIVITA';***
- ***DEDICATA SOLO AD ATTIVITA' ELETTIVE,***
- ***DEFINIZIONE DI PROCEDURE E DI PERCORSI,***
- ***GARANZIA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE***

# IN CAMERA OPERATORIA

+

*QUALITA'*

+

*GARANZIE*

+

*SICUREZZA*

**MINOR**

**RISCHIO**

**Joint Commission**

**Compito di garantire che le organizzazioni assicurino gli "*standard*" da soddisfare.**



# FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI



CORSO F.A.D. RISCHIO CLINICO ma il  
“MINISTERO, IREF, JOINT,  
ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI”  
ribadiscono il tema della

***FORMAZIONE***

# Regione Lombardia

**CIRC. 46 SAN./2004**

**ISTITUZIONE UNITA'  
RISCHIO CLINICO....**

# UNITA' RISCHIO CLINICO

## ELEMENTI STRUTTURALI IMPORTANTI PER OGNI AZIENDA PER LA CULTURA DELLE *RESPONSABILITÀ*





*Ministero del Lavoro, della Salute e  
delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III



**Manuale per la Sicurezza in sala  
operatoria: Raccomandazioni e Checklist**



Ottobre 2009

## 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	Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
Obiettivo 6	Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
Obiettivo 7	Controllare e gestire il rischio emorragico
Obiettivo 8	Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
Obiettivo 9	Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
Obiettivo 10	Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
Obiettivo 11	Prevenire le infezioni del sito chirurgico
Obiettivo 12	Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
Obiettivo 13	Gestire in modo corretto il programma operatorio
Obiettivo 14	Garantire la corretta redazione del registro operatorio
Obiettivo 15	Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
Obiettivo 16	Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria





15/02/2010  
Corriere della sera. it  
Archivio



# Le tappe della sicurezza

## PRIMA DELL'ANESTESIA

- 1 Il paziente conferma identità, sede dell'intervento, procedura, consenso
- 2 Il sito di intervento è marcato
- 3 I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono completati
- 4 Predisposte le misurazioni delle pulsazioni

### Identificazione dei rischi del paziente

- 5 Allergie: Sì - No
- 6 Difficoltà di gestione delle vie aeree e rischio di aspirazione  
No - Sì
- 7 Rischio di perdita ematica > 500 ml?  
No - Sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili

## DATI DEL PAZIENTE

Nome I Cognome .....

Data di nascita .....

Procedura ocoguita .....

## PRIMA DELL'INCISIONE DELLA CUTE

- Tutti i componenti dell'équipe si sono identificati
- L'équipe ha confermato le caratteristiche di paziente e intervento
- I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono completati
- Anticipazione di eventuali criticità**
- Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue?
- Anestesista: specificità del paziente, altro?
- Infermiere: è stata verificata la sterilità e ci sono problemi per i dispositivi?
- La profilassi antibiotica è stata eseguita?
- Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?

## PRIMA CHE IL PAZIENTE ESCA DALLA SALA OPERATORIA

### L'infermiere conferma insieme all'équipe

- Quale procedura è stata eseguita
- Correttezza del conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario
- Etichettatura del campione chirurgico
- Problemi sui dispositivi medici
- Chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli elementi critici per il post operatorio
- Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio

# Checklist

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

# OBIETTIVI DELLA CHECK-LIST

**“SICUREZZA DEI PAZIENTI NEL BLOCCO OPERATORIO”**



## ***MIGLIORA***

***✓ IL LAVORO IN EQUIPE***

***✓ LA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE***

***✓ CONSAPEVOLEZZA ATTIVA DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI IN OGNI INTERVENTO***

## ***SVILUPPARE***

***LA CULTURA E I VALORI DI RIFERIMENTO***

**AGGIORNAMENTO CONTINUO**



**Promuovere**

**la valorizzazione dell'infermiere di sala operatoria**

**Adottare**

**misure di *risk management* che riguardano ogni livello di competenza degli operatori**

**OBIETTIVO: diminuire gli episodi di "malpractice"**

**=**

**DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA**

# CLINICAL RISK MANAGEMENT

PROCESSO DI CAMBIAMENTO CULTURALE  
CHE DEVE  
COINVOLGERE TUTTI I PROFESSIONISTI  
PER IL BUON FUNZIONAMENTO DEL  
***SISTEMA SANITARIO NAZIONALE!!***



# IL CLINICAL RISK MANAGEMENT

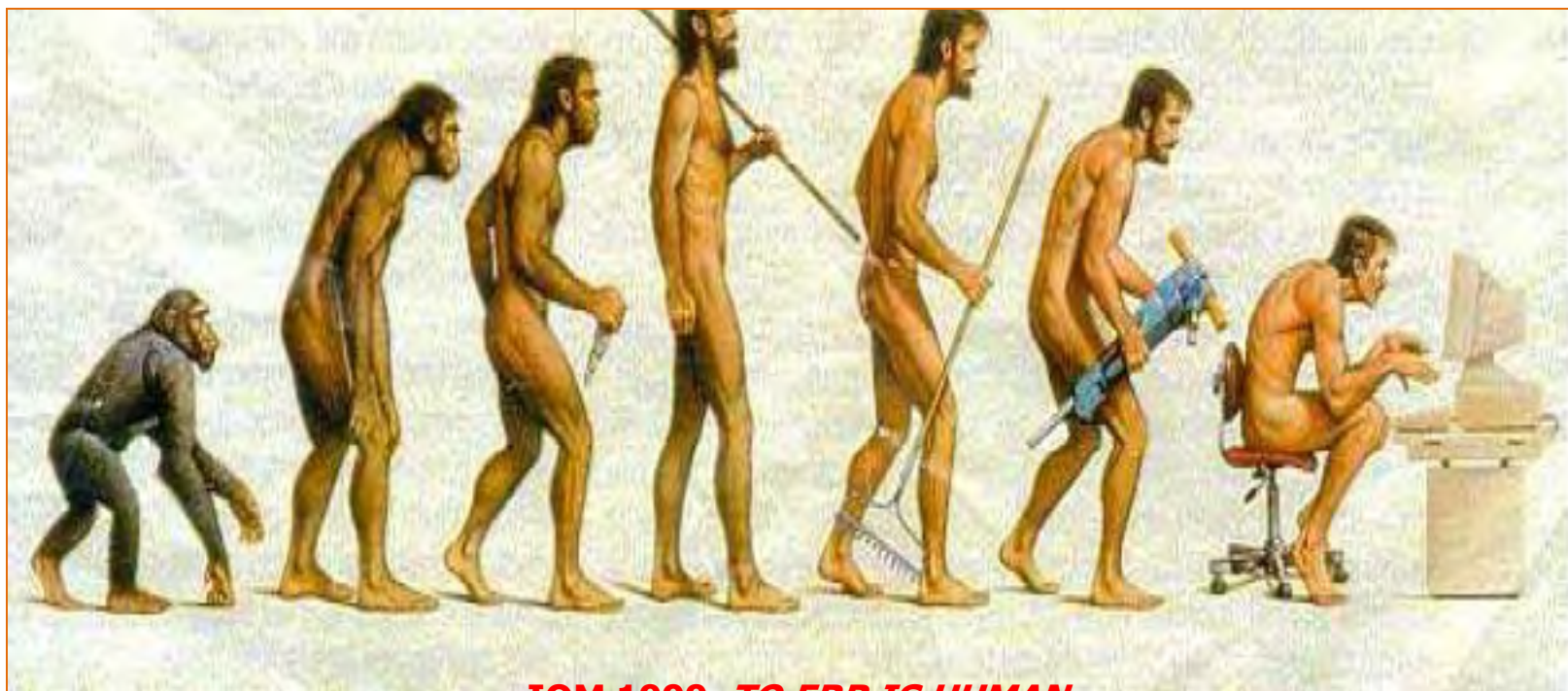
**VIVO INTERESSE DA PARTE DI:**

➤ **COMPAGNIE ASSICURATIVE**

➤ **ISTITUZIONI SANITARIE  
NAZIONALI E REGIONALI**



# EVOLUZIONE DEL RISCHIO CLINICO



**~~IOM 1999 TO ERR IS HUMAN,~~**

- ❖ ***CIRCOLARE RISCHIO CLINICO 2003;***
- ❖ ***RACCOMANDAZIONI LUGLIO 2006;***
- ❖ ***PROTOCOLLO SPERIMENTALE –EVENTI SENTINELLA 2005- 2007***
- ❖ ***MANUALE PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA:  
RACCOMANDAZIONI E CHECK LIST 2009***

***E L'EVOLUZIONE CONTINUA .....***

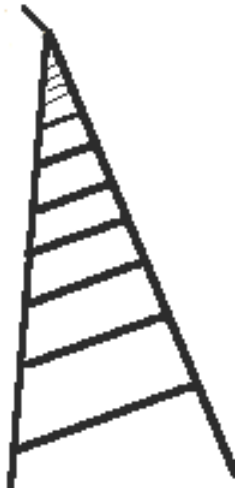
# RUOLO DELLA MEDICINA LEGALE



INTERFACCIA TRA IL MONDO

SANITARIO, GIURIDICO, SOCIALE

**PREVENZIONE dell' ERRORE.**

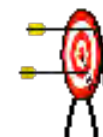


# **RUOLO DELLA MEDICINA LEGALE**



**SPECIALISTA  
NEL CONTENZIOSO  
DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
CARTELLA CLINICA INTEGRATA,  
CONSENSI ETC.**

UNIVERSITÀ E SOCIETÀ SCIENTIFICHE  
**DEVONO AIUTARE L'INFORMAZIONE**  
E LA FORMAZIONE SUL C.R.M.

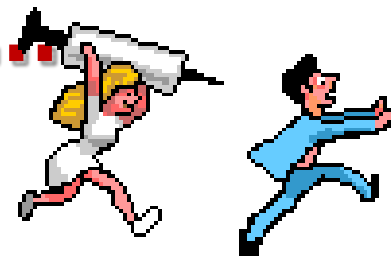


# MANCANZA DI DIFFUSIONE DI CULTURA SUL C.R.M.



## □ INFERMIERE

**DOPO IL PERCORSO DI LAUREA  
PUO' ABBRACCIARE IL MASTER  
IN INFERMIERISTICA LEGALE E  
FORENSE CHE GLI FARÀ  
CONOSCERE IL  
CLINICAL RISK MANAGEMENT.....**



## ***ART.29* CODICE DEONTOLOGICO 2009**

***L'INFERMIERE CONCORRE A PROMUOVERE LE  
MIGLIORI CONDIZIONI DI SICUREZZA  
DELL'ASSISTITO E DEI FAMILIARI E LO  
SVILUPPO DELLA CULTURA DELL'IMPARARE  
DALL'ERRORE.***

**PARTECIPA ALLE INIZIATIVE PER  
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**



# L'ESPERTO



DIALOGARE E AFFRONTARE I COLLEGHI E  
LE SITUAZIONI SUL CAMPO

LA FORMAZIONE POTREBBE ESSERE  
LIMITATA ALLA SOLE FIGURE SANITARIE

**APPROCCIO COLLEGIALE.**

**PER OTTENERE RISULTATI RAPIDI  
SUPERATE LE FASI:**

**"PRIMARIE E SECONDARIE"**



**COMPrensIONE**



**COLLABORAZIONE**

**ARRIVANDO ALLA FASE TERZIARIA**



**APPLICAZIONE**

A photograph of a tree with vibrant yellow autumn leaves in the foreground, set against a dense green hedge. The ground is covered with fallen yellow leaves. The text is overlaid on the image in bold, sans-serif fonts.

**FAVORIRE UNO STILE PARTECIPATIVO**

**DIVERSAMENTE SI AVRA'....**

**SOLO UNO STERILE ADEMPIMENTO DI**

**PROTOCOLLI IMPOSTI DALL'ALTO !!!**

# IMPORTANTE CODIFICARE

LE " **LEGIS ARTIS**" DELLE PROFESSIONI  
CON DIFFUSIONE DI:

- ❖ **PROTOCOLLI**
- ❖ **LINEE GUIDA**
- ❖ **BUONE PRATICHE**



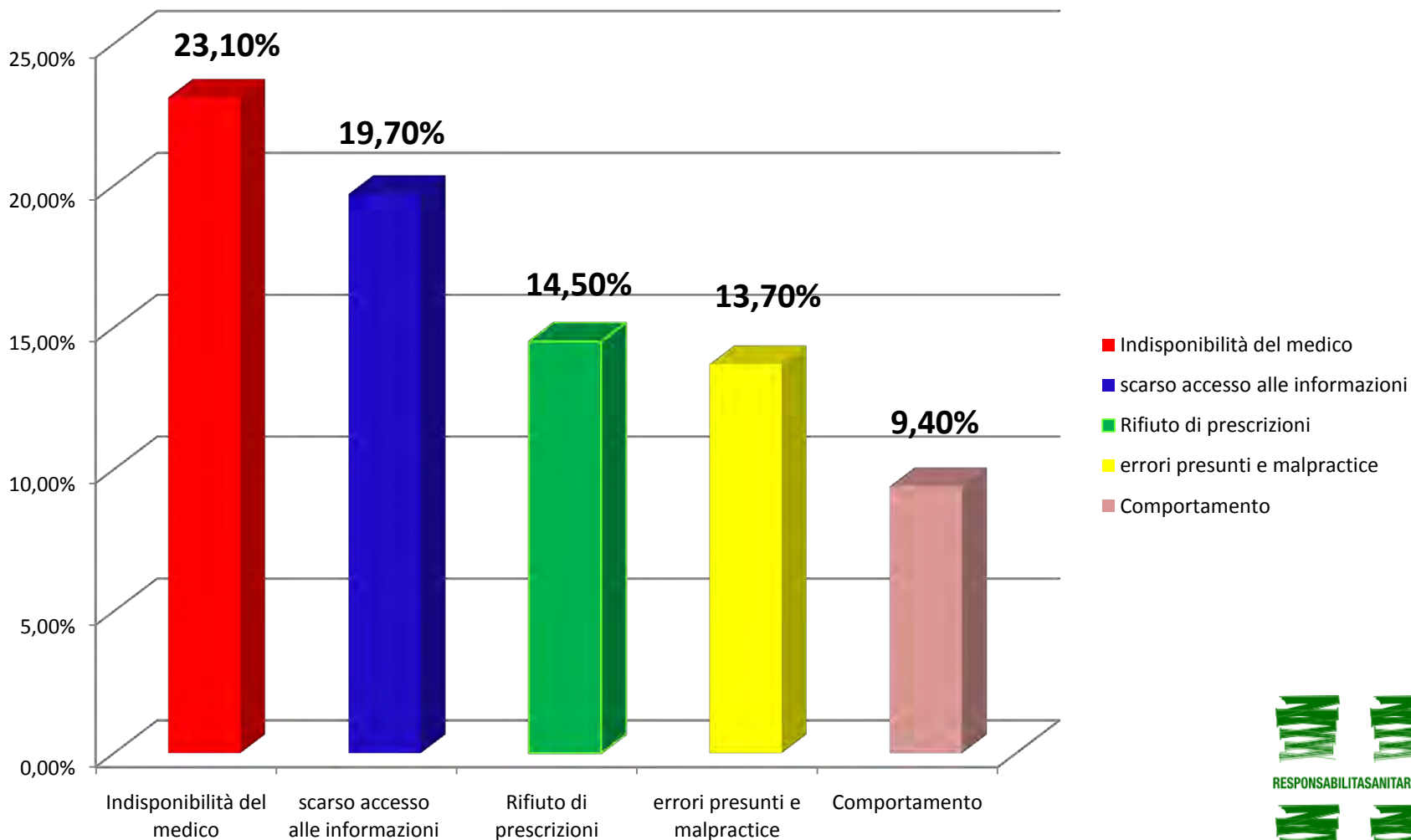
DIFFONDERE LA CULTURA DELLA PREVENZIONE ( CARTA DELLA QUALITÀ IN CHIRURGIA MA A BREVE ANCHE IN MEDICINA) **MA È "URGENTE" UN INTERVENTO LEGISLATIVO CHE AFFRONTI TUTTO IL PROBLEMA**

RAFFORZANDO:

- 1- I PRINCIPI DELLA SICUREZZA.
- 2- LA QUALITÀ DEI SERVIZI.
- 3- PREVENZIONE DEI RISCHI.

# CHE COSA CONTESTANO I CITTADINI

CORRIERE DELLA SERA 16 NOVEMBRE 2008



# RECUPERO



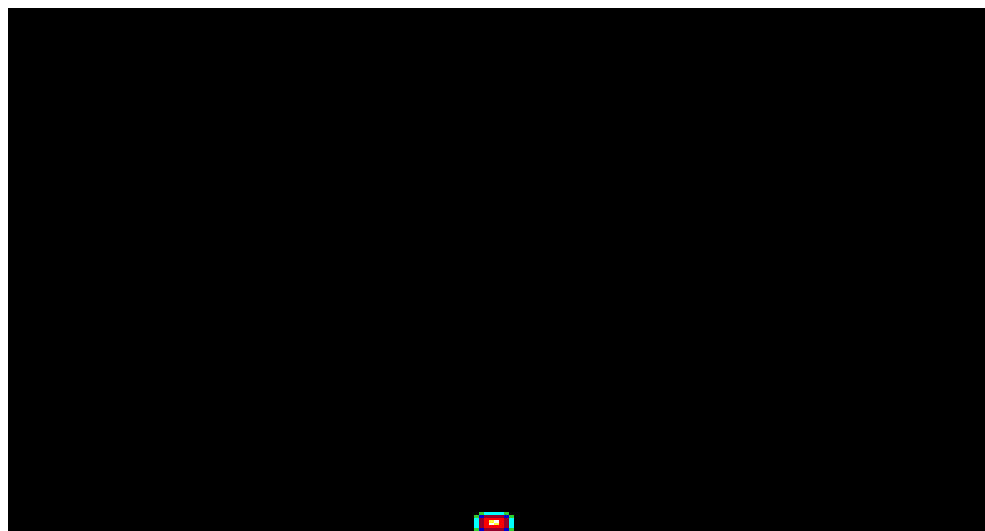
RAPPORTO MEDICO/PAZIENTE  
ATTRAVERSO IL RUOLO DELLE  
ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI  
(PER EVITARE DI GENERARE SFIDUCIA)

COME :

**MIGLIORANDO LA QUALITÀ  
DELL'INFORMAZIONE.**



# NUMERI DELLA MALASANITÀ VERA O PRESUNTA?



ASSENZA OSSERVATORIO NAZIONALE DI  
CARATTERE TECNICO UTILE PER INDIVIDUARE  
LE CRITICITA' E GLI ***ERRORI.***

LE ALTRE FONTI NON RISULTANO ATTENDIBILI

- P. PENALE 6-8 ANNI
- P. CIVILE 14-16- ANNI



15/02/2010

Corriere della sera. *it*

*Archivio*



## **Medici e infermieri, errori in corsia**

*I casi di malasanità si consumano soprattutto in ospedale. Più colpito il Nord, ma le denunce sono in calo .....*

*Secondo le segnalazioni del Tribunale dei diritti del malato metà delle strutture sanitarie pubbliche non sa **quanti e quali errori** si commettono e quindi non possono lavorare per ridurli al minimo .....*

# CITTADINANZA ATTIVA, TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

*15/02/2010*

## MALPRACTICE dal 1996 al 2008

**Interventi chirurgici 53%**



Diagnosi errata **26%**

Errori terapeutici **12%**

Fase riabilitativa **3%**

# LA SALA OPERATORIA



**"CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ  
MORALE E GIURIDICA CHE ASSUMO CON LA  
MIA DEPOSIZIONE, MI IMPEGNO A DIRE  
TUTTA LA VERITÀ E A NON NASCONDERE  
NULLA DI QUANTO È A MIA CONOSCENZA"**



# FORMAZIONE

## FORMAZIONE SPECIALISTICA MASTER I.O.L.F.

*Ottimizzando  
Il ruolo sociale e  
professionale*



**DAL 2005/2006**

**I PRIMI MASTERIZZATI  
INFERMIERISTICA E OSTETRICIA  
LEGALE E FORENSE**



**AD OGGI**

**UNIVERSITA' DI MILANO  
N°120 MASTERIZZATI "IOLF"  
DICEMBRE 2010 ALTRI....**

# INFERMIERISTICA FORENSE: UN NUOVO ASPETTO DELLA PROFESSIONE

di S. Morano

113021 Azienda Ospedaliera S. Gerardo Bartsch di Torino - Torino Clinica Sullivechia di Torino O.U.L. per Infermiere

In quest'ultimo decennio la professione infermieristica ha subito significative trasformazioni che ne hanno determinato nuove e specifiche competenze. Questa evoluzione ha fatto in modo che nascessero nuove specializzazioni accademiche riguardanti la professione; tra questa vi è quella dell'Infermieristica

Forense. L'infermiere forense, o legale, è un professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguarda l'esercizio dell'assistenza infermieristica. L'infermieristica forense si pone come obiettivo lo studio degli aspetti concettuali, metodologici e pratici

della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica. Questa specializzazione si può esplicare in servizi di assistenza e consulenza diretti a singole persone, ad esempio per casi di abusi o violenze subite, o di consulenza per la difesa dei professionisti da accuse in tali ambiti, oppure consulenza ad associazioni professionali quali i Collegi Provinciali infermieristici. In un prossimo futuro si può supporre che l'infermiere forense potrà svolgere il ruolo di perito nei tribunali nell'ambito di cause che trattano di eventi traumatici, situazioni di abuso o violenze. La crescente richiesta sul territorio nazionale di operatori sanitari preparati ad affrontare gli aspetti giuridici della professione infermieristica, impone la qualificazione di figure in grado di fronteggiare le esigenze di Unità Operative di Medicina Legale afferenti a pubbliche istituzioni che tutelano la salute quali Aziende Ospedaliere, Istituti Previdenziali e Assistenziali (INAIL, INPS), Polizia di Stato, Arma dei

Carabinieri, Forze Armate. La formazione di Infermieri forensi risponde anche al coinvolgimento di Istituzioni italiane in operazioni internazionali a carattere umanitario, specie in aree sedi di catastrofi naturali o provocate da eventi bellici e per le quali si pongono all'attenzione dell'infermiere problematiche peculiari per i risvolti legali. L'infermieristica forense è una specialità di recentissima introduzione in Italia (2005-2006) mentre fu ufficialmente riconosciuta negli Stati Uniti dall'American Nurses Association nel 1995, come riconoscimento per l'attività esercitata dalle infermiere americane dall'inizio di quel decennio, attraverso interventi di sostegno e di consulenza a vittime di crimini violenti, e della presenza all'interno di specifici settori sanitari e nelle Istituzioni carcerarie. Una prima definizione di infermiere legale risale al 1997.

Continua nella versione web di [www.sloctmag.com](http://www.sloctmag.com)



Professione sanitaria



BUSINESS & COMMUNICATION



RESPONSABILITÀ SANITARIA, CI



AILF  
**A**ssociazione **I**nfermieri  
**L**egali e **F**orensi

[www.ailf.eu](http://www.ailf.eu)



Wolfgang A. Mozart (1756-1791)

alla memoria di Ferruccio B. Busoni  
A. C.

# SONATE E FANTASIE PER PIANOFORTE

(Alfredo Casella)

Nuova edizione critica,  
riveduta e corretta

Nouvelle édition critique,  
revue et corrigée

New critical edition  
revised and corrected



Volume I.

SONATA I (E. 189<sup>d</sup> - K. 279)

Composta nell'estate  
del 1774 a Salzburg

Allegro



*L'infermiere acquisisce le conoscenze del percorso,*

*dei piani di cura*

*e assistenza interdisciplinare e interprofessionali*

*per risolvere il problema di salute del paziente.*

*L'infermiere "esperto" formato sul campo offre soluzioni*

*assistenziali di elevata qualità!*

Questa composizione è la prima di una serie di sei sonate che Mozart scrisse prima del suo viaggio a Monaco (fine 1774), delle quali 5 furono specificate "pour le clavecin", e la sesta "pour le forte-piano". Il primo tempo è certamente un rifacimento di qualche lavoro anteriore. La sua influenza italiana è assai grande, e si manifesta in particolare nella struttura formale e nella scrittura.

Comparso ormai l'influenza italiana, ne subentrano altre, prima fra le quali quella di Haydn, che aveva precisamente pubblicato nel 1774 sei sonate per pianoforte, della quali è palese l'ombra in queste prime sonate mozartiane. Come pure è afferrabile l'influenza dello stile di Stefan (che aveva pubblicato a Parigi nel 1772 tre sonate per pianoforte). L'influenza italiana, questa sonata - e le altre immediatamente seguenti - ci appare come un nuovo orientamento verso altre, più rigorose discipline. Al suo ritorno in patria, Mozart ritrova la voce dei padri ed il loro linguaggio. Gli rimane però - e la conserverà per tutta la vita - la chiarezza mediterranea appresa in Italia al contatto del nostro grande patrimonio musicale.

Diversamente da quelle haydiane, codeste sonate sono scritte con una viva preoccupazione virtuosistica del cembalo, dovuta anche al fatto che Mozart era un grande esecutore della tastiera, mentre invece Haydn ne era uno assai mediocre.

Cette composition est la première d'une série de six sonates que Mozart écrivit avant son voyage à Munich (fin 1774) dont 5 furent spécifiées "pour le clavecin", et la sixième pour le "forte-piano". Le premier mouvement est certainement la refonte d'un travail antérieur. Son influence italienne est très grande, et se manifeste en particulier dans la structure formelle et la notation.

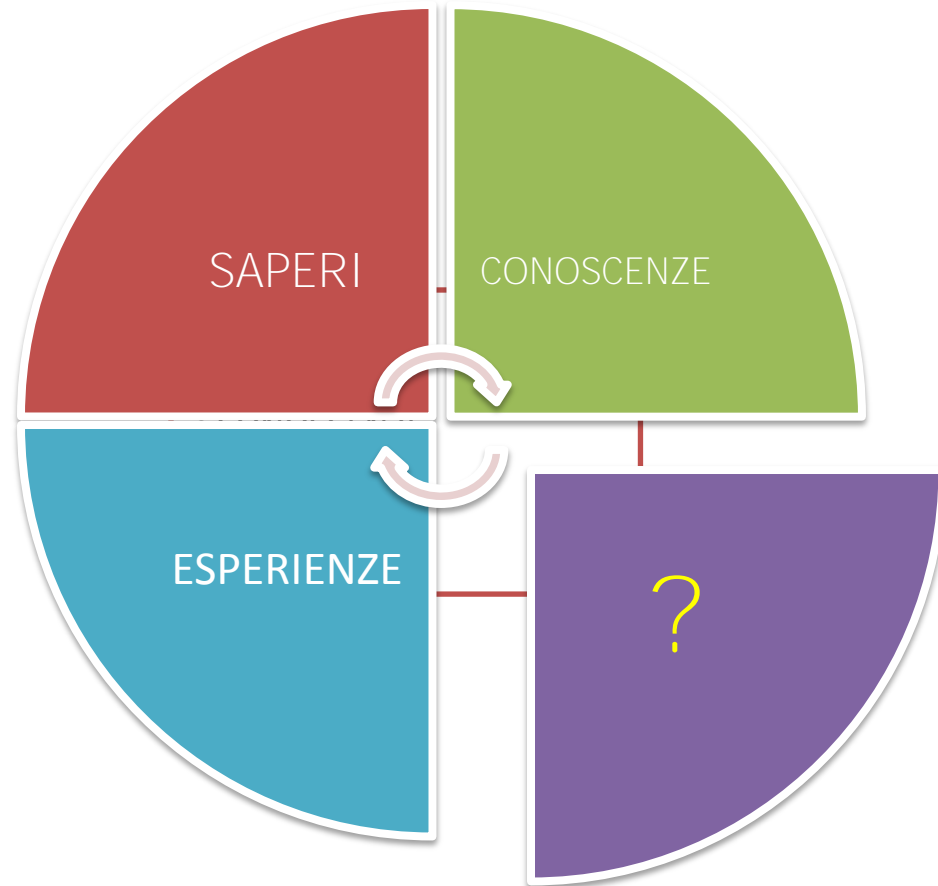
Composé en dernier, à la fin de 1774. L'influence italienne désormais disparue, d'autres s'y substituent, parmi lesquelles d'abord, celle de Haydn qui avait précisément publié en 1774 six sonates pour piano dont l'ombre est visible dans ces premières sonates mozartiennes. Tangible également l'influence de Stefan (qui avait publié à Paris en 1772 trois sonates pour piano). L'influence italienne, cette sonate - et les autres qui la suivent immédiatement - nous apparaît comme une nouvelle orientation vers d'autres plus rigoureusement disciplinées. A son retour dans sa patrie, Mozart retrouve la voix des pères et leur langage. Il lui reste cependant - et il le conservera pour toute sa vie - la clarté méditerranéenne apprise en Italie au contact de notre grand patrimoine musical.

Contrairement aux sonates de Haydn, celles-ci sont écrites avec une vive préoccupation de virtuosité pour le clavecin, due surtout à ce que Mozart était d'une grande habileté au clavier, tandis que Haydn était un exécutant médiocre.

This composition is the first of a series of six sonatas written by Mozart prior to his journey to Monaco (end of 1774), five of which were specified as being "for the harpsichord" and the sixth "for the forte-piano". The first movement is undoubtedly a re-arrangement of some previous work (possibly dating back to 1772). The Italian influence is very great, and is particularly noticeable in the formal structure and the notation. It is worth noting that this movement has been written on different instruments. It may have been composed last, at the end of 1774.

As the Italian influence faded away, other influences crept into his work, amongst which came the influence of Haydn, who precisely in 1774 had published six sonatas for the pianoforte. The reminiscence of these over-shadows Mozart's first six sonatas. Likewise, we can also detect the influence of Stefan, who had also published three sonatas for piano in Paris in 1772. The Italian influence which Mozart had become acquainted with in Vienna, in 1773. After the Italian romantic influence, this and the other sonatas immediately following it appear to be a new movement towards a different and more rigorous discipline. On his return to the homeland Mozart once again hears the voices of his forefathers and their language they speak. Nevertheless, for the rest of his life is the lucidity of the Mediterranean acquired in Italy through his contact with our immense musical wealth. Contrary to Haydn's sonatas these are written with a keen sense of anxiety for virtuosity in the harpsichord, due to the fact that Mozart was a great performer on the keyboard, whereas Haydn was definitely mediocre.

# COMPETENZE





**“la logica riflessiva sostiene nel professionista l’atteggiamento di analisi, di ricerca e di critica in funzione di uno sviluppo e adeguamento continuo della propria competenza”**

(K.Popper)

Grazie per l'attenzione

