

Monitoraggio utilizzo scheda peri-operatoria infermieristica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Monitoring of the use of a perioperative nursing chart at the University Hospital of Parma

Gruppo di Progetto, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Riassunto

Introduzione: l'utilizzo della scheda peri-operatoria nel Dipartimento Testa-Collo, elaborata da un gruppo di coordinatori, ha l'intento di ridurre i rischi clinici e ottimizzare il processo assistenziale.

Obiettivo: l'inserimento della scheda peri-operatoria ha lo scopo di verificare la completezza della raccolta dati del paziente concernente l'episodio clinico, valutando nel contempo il grado di soddisfazione del personale d'assistenza nell'utilizzo di questo strumento.

Metodo: la scheda è stata utilizzata in 700 pazienti ricoverati per interventi chirurgici nel periodo dal 01-02-2011 al 30-03-2011. L'analisi delle schede compilate ha permesso di stilare dei report e individuare dati relativi alla compilazione delle schede. Il gradimento della scheda è stato testato con un questionario somministrato al personale infermieristico (customer satisfaction).

Risultati: le 700 schede peri-operatorie analizzate riguardano gli interventi eseguiti in un trimestre. Nella prima sezione della scheda è stata valutata la completezza della raccolta anamnestica rispetto al numero di schede compilate e analizzate (77%) e la completezza della raccolta dei dati su specifici target di pazienti rispetto al totale di pazienti di specifico target (83%). Nella terza sezione è stato valutato il tempo medio per conta garze sul totale tempo operatorio (%) e nella quarta sezione le attività soggette ad osservazione infermieristica con maggior impegno professionale totale di attività censite in schede (39%). Il questionario anonimo sul grado di soddisfazione dell'utilizzo delle schede ha raccolto 153 SI e 18 NO, con una scheda inevasa.

Discussione: il monitoraggio della scheda, frutto di una ricerca locale e dipartimentale, ha la funzione di capire o prevedere alcune condizioni o comportamenti dovuti ad un passaggio di consegna tra operatori.

Conclusioni: il risultato del monitoraggio 2011 è stato soddisfacente, ottimizzabile per il prosieguo, con migliorie compilative e la correzione di alcune note.

Parola chiave: Schedaperi-operatoria, Scheda infermieristica,

Abstract

Introduction: the use of a perioperative nursing chart in a Head and Neck Surgery, prepared by a group of nurse coordinators, aims to reduce risks and optimize the clinical care process.

Objective: The introduction of the surgical nursing chart aims to verify the completeness of the patient's data collected on the clinical episode and to assess the health care providers' level of satisfaction in using this tool.

Methods: the chart has been used for 700 patients admitted for surgery in the period from 2nd February 2011 and 30th March 2011. The analysis of the filled charts allowed to draw up reports and point out elements concerning the filling of the charts. Nursing staff opinions on the new tool were collected through a questionnaire (customer satisfaction).

Results: the 700 charts analysed are relevant to operations performed in a quarter. The first section of the sheet was used to highlight the completeness rate of the anamnesis data on the total number of charts filled and analysed (77%) and the completeness rate of data collection on specific target of patients versus the total number of patients to specific target (83%). In the third section the average time spent on the surgical gauze count was assessed and compared with the overall operative time (17%) and in the fourth section, the nursing activities requiring the highest level of commitment were identified and rated on the overall activities: 39%. The anonymous satisfaction survey resulted into 153 YES and 18 NO and in 1 unfilled questionnaire.

Discussion: the monitoring of the chart use, as a result of a local and departmental research, is designed to understand and predict all conditions and behaviors being consequent and therefore related to the recording and reporting process applied by the health team.

Conclusions: the results of the 2011 monitoring was satisfactory, although it highlighted areas of improvements in the filling phase and in some key note.

Key words: Perioperative nursin

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 17/04/2012

ACCETTATO IL 20/01/2013

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:
DR.SSA PATRIZIA LAI, plai@ao.pr.it

Introduzione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ha tra i suoi obiettivi la diffusione della cultura della sicurezza in sala operatoria; per tale motivo ha aderito al progetto della Regione Emilia Romagna S.O.S.Net Sale Operatorie

Sicure <https://sosnet-rer.it/>, attraverso l'applicazione delle raccomandazioni regionali e l'attivazione dell'uso della Surgical Safety Check List (SSCL). La scheda peri-operatoria e SSCL, possono pertanto essere considerati due indispensabili strumenti, complementari e non sovrapponibili uno all'altro, che hanno come obiettivo comune il miglio-

ramento della qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente operato. Nascono da contesti differenti e hanno risultati attesi differenti.

I progetti *Surgical Safety Check List* (SSCL) e rete S.O.S.net (Regione Emilia Romagna) si fondano su documenti quali WHO *Guidelines For Safe Surgery* 2009, il Manuale per la Sicurezza in sala operatoria, *Checklist* e le *Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria dell'Agenzia sanitaria Regionale della Regione Emilia-Romagna*.

Lo scopo è:

1. creare un sistema di garanzia per il paziente, per gli operatori e per l'Azienda, un sistema aziendale di gestione della sicurezza nelle sale operatorie;
2. incentivare nelle U.U.O.O chirurgiche, la cultura della gestione del rischio^{1,2,3,4}, favorendo l'analisi proattiva e identificare in modo quantitativo e qualitativo gli eventi e i quasi-eventi, effettuando interventi immediati, correggendo, prevenendo e migliorando i processi di comunicazione e il clima organizzativo del team.^{5,6}

Per quanto concerne la regolare compilazione, il segreto professionale e la conservazione dei dati, sono applicabili le normative dedicate alla cartella clinica.^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Il Progetto del Dipartimento Testa/Collo

La scheda infermieristica peri-operatoria del Comparto Operatorio Comune Dipartimento Testa/Collo ed è il risultato di progetto proposto a budget 2009 e realizzato nell'anno 2010. La scheda peri-operatoria nasce nei reparti di degenza, è lo "strumento" operativo progettato e gestito dagli infermieri che rende osservabile e misurabile il processo di assistenza infermieristica nel periodo peri-operatorio, con la raccolta di informazioni anamnestiche utili sia generali sia specifiche, consente di identificare e valutare il bisogno assistenziale del paziente e di formulare un adeguato e completo piano assistenziale, assicura inoltre la trasmissione veloce, sicura e completa delle informazioni indispensabili alla cura del paziente. L'utilità si esplica nel miglioramento della "sicurezza del paziente", come

uno dei fattori determinanti la qualità delle cure, ottimizzando la raccolta e la trasmissione delle informazioni interessante il paziente chirurgico, al fine di ridurre al massimo la possibilità di errori riguardo la gestione del paziente. Nel 2009 è stato costituito un gruppo lavoro con l'obiettivo di elaborare uno strumento idoneo all'applicazione delle linee guida della Regione. Inizialmente il gruppo di lavoro ha analizzato schede infermieristiche utilizzate da altre U.O. Aziendali al fine di crearne una *ad hoc*. La nuova scheda peri-operatoria infermieristica, tiene conto delle esigenze del paziente, degli infermieri delle varie specialità e dell'organizzazione del dipartimento, e viene utilizzata per i pazienti chirurgici in regime di elezione, d'urgenza e di emergenza del dipartimento Testa/Collo, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nelle unità operative di, Maxillo-Facciale, Otorino-Otoneurochirurgia e Otorinolaringoiatria che afferenti al Comparto Operatorio oggetto della sperimentazione.

La scheda peri-operatoria accompagna il paziente, deve essere consegnata all'infermiere di reparto seguita da una breve descrizione verbale. Nel reparto inizia la sua compilazione da parte dell'infermiere che si fa carico del paziente accompagnandolo nel percorso chirurgico; raccoglie informazioni e valutazioni riguardanti prima, durante e dopo l'intervento in sala operatoria. La scheda ad un foglio che rileva l'utilizzo di materiale e presidi chirurgici ed anestesiológicos (per adempiere agli obblighi della Direttiva 93/42/CEE circa la rintracciabilità dei suddetti dispositivi), è parte integrante della cartella clinica del paziente. La sperimentazione della scheda è cominciata ad ottobre 2010 e stata implementata a settembre 2010. In un secondo tempo, è stato formulato un obiettivo specifico di budget 2011: il compilativo dei risultati sull'utilizzo della scheda peri-operatoria in uso dal 01/10/2010 nel Dipartimento.

Per ultimo è stato realizzato un evento di formazione sul campo (Gennaio 2012) presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il cui intento era stimolare comportamenti e aspetti relazionali tra i professionisti.

Per la regolare compilazione, il segreto e la conservazione, sono applicabili le normative dedicate alla cartella clinica, quindi chiarezza, completezza, rintrac-

ciabilità, pertinenza, accuratezza, veridicità, coevità (il dato deve essere riportato immediatamente), certezza, definitività (una volta sottoscritta non può essere integrata o modificata), coerenza (i dati non devono essere discordanti): Inoltre è necessario scrivere ad inchiostro, mai a matita, non utilizzare gli evidenziatori, non cancellare in modo illeggibile. Le correzioni non sono ammesse nemmeno se ristabiliscono la verità e la descrizione fatta appena fosse possibile se non si può fare subito.

Il Codice Deontologico dell'infermiere CAPO IV art. 27 riporta "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi".

L'analisi retrospettiva dei casi oggetto di contenzioso ha rivelato come, il più delle volte, all'origine di tale impotenza difensiva non vi sia una prestazione sanitaria inadeguata, bensì una prestazione sanitaria inadeguatamente documentata. Sia la scheda che la cartella infermieristica sono atti pubblici (la loro adozione è riconosciuta nel D.P.R. 384/1990) perché redatti da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni (art. 493 cp; Cass. Pen. Sez. Un. 2718/1992).

Altre norme di riferimento sono:

Art. 476 Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici "Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni";

Art. 493 Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico.

Le disposizioni degli articoli precedenti sulle falsità commesse da pubblici ufficiali si applicano altresì agli impiegati dello Stato, o di un altro ente pubblico, incaricati di un pubblico servizio relativamente agli atti che essi redigono nell'esercizio delle loro attribuzioni.

Obiettivo della sperimentazione

Verificare l'utilità della scheda in uso dal 2010, attraverso un monitoraggio compilativo che permetta di mettere a

confronto le rilevazioni degli infermieri del comparto operatorio e degenza del Dipartimento Testa-Collo con eventuali proposte di miglioramento.

Indagare il gradimento (indagine di customer satisfaction in ambito sanitario) relativa al nuovo strumento utilizzato al fine di promuovere il miglioramento continuo dell'assistenza prestata ai pazienti.^{16,17,18,19,20}

Ottimizzare la raccolta e la trasmissione delle informazioni relative al paziente chirurgico al fine di ridurre al massimo la possibilità di errori assistenziali.

Materiali e Metodi

La scheda infermieristica peri-operatoria è stata valutata nella capacità compilativa degli operatori; è costituita da quattro pagine o sezioni, riguardanti quattro fasi distinte dell'iter chirurgico, dove sono inserite le informazioni più importanti sul paziente relativamente al processo operatorio.

Abbiamo scelto le informazioni ritenute più importanti: 12 sono individuate nella prima pagina, 6 nella seconda, 2 nella terza pagina (una di queste comprende 6 controlli - firme degli operatori -) 8 sulla quarta pagina. (Figura 1)

La prima sezione, riguarda una raccolta dei dati generali e clinici del paziente è compilata in reparto prima del trasferimento in comparto operatorio e comprendono le segnalazioni di: allergie, tipo di intervento, coscienza, respirazione, cute, portatore di pacemaker, profilassi per trombosi, esami urgenti in corso, terapia antibiotica, fenilefrina-ciclopentolato-altro-ora, digiuno.

La seconda sezione, si riferisce all'ingresso del paziente in comparto operatorio. È compilata dall'infermiere che riceve il paziente nella sala di preparazione. Le informazioni sono relative al di intervento e di anestesia, alle procedure raccomandate, alla posizione chirurgica, alla presenza o meno di elettromedicali e presidi usati per il posizionamento.

La terza sezione, riguarda il periodo di permanenza del paziente sul tavolo operatorio ed è compilato dall'infermiere e dall'infermiere-strumentista. I dati significativi sono rappresentati: dalla conta garze, dal controllo medico, dalla presenza dell'infermiere di sala, dell'infermiere di supporto, dell'infermiere-strumentista, ecc.

La quarta sezione concerne l'assistenza del paziente in sala risveglio nell'immediato post-operatorio dove sono registrati i monitoraggi eseguiti da trasmettere come consegna all'infermiere del reparto. Tra le voci: coscienza, respirazione, parametri vitali, dolore, stato della cute, laringospasmo-tosse, vomito, nausea, altro, e firma dell'infermiere.

Il periodo di selezione dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, ricoverati nelle Unità Operative del Dipartimento Testa-Collo va dal 01-02-2011 al 30 aprile 2011. Sono state analizzate complessivamente 700 schede infermieristiche, con reportistica di riferimento e indicatori.

La classificazione delle schede è avvenuta dal 15 giugno al 18 settembre 2011.

Si è inoltre eseguita una indagine di soddisfazione (soddisfazione lavorativa del personale in seguito al miglioramento della sicurezza del paziente) lo sviluppo del miglioramento continuo^{16,17,18,19,20} e un evento formativo sul campo per stimolare comportamenti/aspetti relazionali.

Gli indicatori

Sono stati individuati quattro indicatori, divisi ciascuno per tempo operatorio, valutando il numero di risposte negative o positive:

1. completezza della raccolta anamnestica / numero schede compilate (1° tempo);
2. completezza della raccolta dei dati in relazione a specifici target di pazienti / Totale di pazienti di specifico target; tipo di intervento, urgente o programmato, di sedazione, procedure raccomandate per i pazienti (2° tempo);
3. tempo medio per conta garze / totale tempo operatorio; questo indicatore ci ha permesso di valutare oltre i requisiti di efficacia, anche di efficienza produttiva intraoperatoria per la velocità esecutiva del nostro personale (3° tempo);
4. attività soggette ad osservazione infermieristica di maggior impegno professionale e/o di responsabilità/totale attività censite in schede (4° tempo). Ha permesso di rilevare le attività assistenziali più impegnative, e quindi di graduare l'intensità di cura per ogni singolo paziente rispondendo in modo differenziato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assi-

stenziale, articolando le tecnologie, le competenze e le professionalità dedicate. Questo indicatore ci fa conoscere il carico di lavoro, perché la tendenza più recente della scienza infermieristica è quella di misurare il lavoro degli infermieri partendo dalla complessità assistenziale del paziente piuttosto che dalla quantità di tempo impiegato per assisterlo.

Risultati

I risultati sono stati divisi in risultati degli indicatori e del questionario.

La completezza della raccolta anamnestica nel campione selezionato si è realizzata come segue:

- 99% applicazione del numero nosologico,
- 64,7% segnalazione di allergie,
- 92,4 % tipo di intervento,
- 91,6% stato di coscienza,
- 91,6% respirazione,
- 88% cute,
- 58% portatori di pacemaker,
- 74,4% profilassi della trombosi,
- 61,3% esami urgenti in corso,
- 86,0% terapia antibiotica,
- 32,6% somministrazione di tropicamide, fenilefrina, ciclopentolato,
- 87,0 digiuno.

È stata analizzata anche la frequenza della compilazione dei campi relativi al tipo di intervento (98,4%), tipo di anestesia (96,0%), procedure raccomandate (38,4%), posizione chirurgica (94,4%), utilizzo di apparecchi elettromedicali (78,0%), utilizzo dei presidi per il posizionamento (91,7%).

L'area prevista per la conta garze è compilata per il 90,6%, la radiografia di controllo medico per 69,7%, la presenza dell'infermiere di sala 95,9%, la presenza dell'infermiere di supporto 92,6% e la presenza dell'infermiere strumentista 95,7%.

Alla voce laringospasmo, tosse, vomito, nausea e altro, si è ottenuta una compilazione pari al 20,9%.

Risultati degli indicatori

Sul totale di 8.400 risposte:

1. la completezza della raccolta anamnestica rapportata al numero di schede compilate e analizzate, risulta positiva con 6492 Si (77%) e 1908 No (23%);

Figura 1

Scheda Infermeristica Peri-operatoria

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

Numero Nazionale _____

DIPARTIMENTO TESTA-COLLO - U.O. _____

COGNOME _____ Data di Nascita _____

NOME _____

Diagnosi d'ingresso _____

Altre patologie _____

Allergie _____

Tipo di intervento _____

Occhio Dx Sx

Orecchio Dx Sx

COSCIENZA Vigile Disorientato Altro _____

RESPIRAZIONE Espirico Dispnoico Altro _____

CUTE Integre Lesioni Altro _____

Portatore Pacemaker SI NO

Profilassi Calce Trombosi Gambe/alti

Farmaci assunti al mattino (Ora _____) _____

Tp. Antibiotica SI NO

Tropicamide Fenilefrina Ciclopentolato Altro _____

Ora _____

Pre-anestesia SI NO

Digiuno dalle ore _____

Data _____

Firma _____

MOBILIZZAZIONE Autonoma Parz. Autonoma Altro _____

ELIMINAZIONE Autonoma Non Autonoma Ness. _____

PROTESI MOBILI Acustiche Dentarie Ottiche Altro _____

ACCESSO VENOSO No Si Arto Sup. DX Si Arto Sup. SX CVC

Esami Urgenti in corso _____

Prova crociata SI NO

Stick Glicemico:
Ore: _____ Val. _____ Tp. _____
Ore: _____ Val. _____ Tp. _____
Ore: _____ Val. _____ Tp. _____

T.C. _____
P.A. _____

Note: _____

Firma _____

Arrivo in ca. ore _____ INFERMIERE/A _____

TIPO DI INTERVENTO Programmato Re-intervento Urgente

Tipo di anestesia Gen. Sedanz. Topica Locale

TRICOTOMIA SI NO Sede: _____

PROCEDURE RACCOMANDATE Latex safe Latex free Ipertermia maligna

ACCESSO VENOSO PERIFERICO Arto sup. DX Arto sup. SX SI NO

Sam.az Pre-Anestesia SI NO

Note _____

TP psicop: _____

Altro: _____

Ingresso del paziente in sala ore _____ INFERMIERE/A: _____

MONITORAGGI ECG PA incrementa PA cruenta (arteria _____) CAT. VESC. (inf. _____) S.N.G. PSO2 Temperatura: rettale (inf. _____) cutanea


POSIZIONE CHIRURGICA Supina Fianco DX Fianco SX Semi sdraiato Altro _____

Riscaldatore paziente SI NO

Paziente trasfuso SI NO

ELETTROMEDICALI Bipolare Monopolare (A) Monopolare (B) Semolatore (C) Altro _____

Presidi usati per il posizionamento Cuscini laterali Pilet Cuscino poggiatesta Ciambella testa Talloniere Rotolo popliteo Cinghie sicurezza Raggiatrici Altro _____

Posizione sul malato 

CONTA GARZE SI NO (intervento di superficie)

TIPO	GARZE UTILIZZATE	DIFFER.
Garze 7,5 x 7,5 quantità	10 10 10 10 10	ZAFFO <input type="checkbox"/> RIMOSSO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Laparotomie 20 x 20 quantità	10 10 10 10 10	
Laparotomie 45 x 45 quantità	5 5 5 5 5	Congelatore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Tamponcini Piccoli quantità	10 10 10 10 10	
Tamponcini Grandi quantità	10 10 10 10 10	Patologie <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Tamponi Neurochirurgici quantità	Piccoli 10 10 10 Grandi 10 10 10 Medi 10 10 10	
Tamponi orecchie medie in T.N.T.	10	Tamponi per tonsilla _____
Conteggio esatto Rx di controllo Medico:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Conta strumenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Infermiere di sala:	Infermiere di supporto:	Strumentista:
Mattino _____	Mattino _____	Mattino _____
Pomeriggio _____	Pomeriggio _____	Pomeriggio _____
Notte _____	Notte _____	Notte _____

Inizio osservazione post operatoria ore _____ Infermiere/a _____

Intervento effettuato _____

COSCIENZA Vigile Disorientato Altro _____

RESPIRAZIONE Espirico Dispnoico Tacchico Parz. Intubato Cx, Tp

Laringospasmo vomito Tasse Nausea

Altro _____

DOLORE Assente Presente Zona _____

CUTE Integre Lesioni Arrossamenti Zona _____

MOBILIZZAZIONE Autonoma

Posiz. Post-operatoria prescritta: _____

Medicazione: _____

DRENAGGI N. A caduta/pomice In aspirazione Assenti

S.N.G. SI NO SI NO

CAT. VESC. NO Rimosso fine interv. CC

PV. PA PSO2 PC

TRASFERITO In reparto In rianimazione Altro _____

ACCESSO ARTERIOSO SI NO

ACCESSO VENOSO PERIFERICO Arto sup. DX Arto sup. SX Altro _____

ELASTOMERO POMPA INFUSIVA SI NO

ALTR0: _____

Tp ESTEMPORANEA som.ta _____

Note: _____

Paziente in reparto ore _____ Infermiere/a di reparto _____

2. la completezza della raccolta dei dati riferita ad uno specifico target di pazienti ha dato risultati incoraggianti: 3479 Sì (83%) e 721 No (17%);
3. il tempo minuti per la conta garze sul totale della durata media di minuti di intervento chirurgico, è stato ripartito in durata, media e minima. L'analisi dell'indicatore emergere che mediamente si utilizzano 15 minuti per la conta garze sulla durata media di intervento (88 minuti) pari al 17%; intervallo sembra essere adeguato a verificare che le garze preparate all'inizio dell'intervento corrispondono al numero di quelle presenti alla fine (tutte le garze sono "fuori" dal campo operatorio e non rischiano di essere "dimenticate" dentro il paziente). Il del tempo "massimo" per la conta garze è di 28 minuti sul totale del massimo intervento chirurgico (721 minuti), pari al 4%. Il totale del tempo "minimo" per la conta garze è di 2 minuti sul totale del tempo minimo di interventi chirurgici di (6 minuti), pari al 0,33%. indicatore è stato preso in considerazione anche per l'produttiva, cioè misura la produttività del personale. questo modo possiamo sapere qual è la produttività media legata al tempo e confrontarla con quello di altre realtà di comparto operatorio locale, regionale, nazionale;²¹
4. le attività soggette ad osservazione infermieristica ed a maggior impegno professionale e/o di responsabilità, sul totale delle attività censite in scheda, sono 12 su 31 pari al 39%.

Nel novembre 2011 è stato realizzato e somministrato un questionario di gradimento anonimo al personale infermieristico del Dipartimento Testa/Collo reparti: Oculistica degenza, Maxillo Facciale degenza, Otorino degenza, Oculistica comparto, Comparto comune che utilizza la scheda peri-operatoria con domande di tipo analitico quantitativo e qualitativo, al fine di indagare la soddisfazione, per una prima valutazione della scheda come importante strumento di miglioramento continuo dell'assistenza prestata ai pazienti. Le tre domande, riguardavano il gradimento sotto il profilo della completezza, utilità ed efficacia della scheda perioperatoria. (Tabella 1)

Sono stati consegnati 70 questionari, ritirati 66, 6 nulli/bianchi, analizzati 60. Il questionario ha mostrato complessivamente un buon gradimento da parte

dei professionisti in tutte e tre le aree considerate e nel team, durante i vari incontri, si è creata maggior consapevolezza dello strumento reso più funzionale, preciso e veloce da compilare.

Discussione

Questo strumento, ha messo a confronto l'intera équipe di infermieri e la Direzione Medica di Presidio: l'Ufficio Legale ha suggerito indirizzi per eventuali scostamenti.

Questo progetto è stato appreso come un cantiere aperto facilmente rimodellabile e rivalutabile attraverso un controllo continuo. Appare però evidente che non sono registrate alcune importanti voci:

- allergie 64,7%: la casella non è sempre barrata non segnalando correttamente l'eventuale stato allergico del paziente;
- portatore pacemaker 58,0%: gli apparecchi elettromedicali utilizzati potrebbero causare danni maggiori in pazienti con pacemaker;
- tropicamide, fenilefrina, ciclopentolato 32,6%: l'aspetto compilativo in questo caso non è trascurato ma poiché i farmaci sono utilizzati solo negli interventi di oculistica, non sono barrati volutamente nelle schede provenienti dalle altre U.O. dipartimentali;
- procedure raccomandate 38,4%: si è registrato un bias d'inserimento in quanto la voce è scorciata in tre opzioni da barrare: latex safe, latex free e ipertermia maligna. Il non barrare alcuna assume il significato di esclusione del dato dalla compilazione. Per un miglioramento si è proposto di aggiungere la voce "nessuna";
- conteggio delle garze: non ha portato a dati discordanti;
- laringospasmo, tosse, vomito, nausea, altro 20,9%: questo è un dato importante nel paziente post-operatorio, la possibilità di migliorare consiste nel mettere vicino la voce SI o NO.

Conclusioni

Ampia letteratura²²⁻⁴⁰ riporta studi, procedure, linee guida riguardo alla documentazione clinica: cartelle cliniche e infermieristiche, schede operatorie o terapeutiche uniche o multiple, cartacee o informatizzate. I lavori citati, non sono assimilabili al monitoraggio com-

pilativo della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in quanto vengono da contesti ospedalieri nazionali differenti. Il loro utilizzo e la validità è contestuale al tipo di servizio, necessità e obiettivi.

Un vantaggio di questo strumento è che può essere valutato nel tempo.

La sperimentazione della scheda perioperatoria nei Comparti Operatori del Dipartimento Testa-Collo per il 2011, ha costituito un ottimo strumento al fine di assicurare la massima collaborazione e rendere responsabile di tutti gli operatori coinvolti.

Le principali criticità identificate: la conta garze; il passaggio di effetti personali del paziente (risolto aggiungendolo spazio in cui indicare il ricevente), le complicanze al risveglio, la griglia del post-operatorio poco chiara (per laringospasmo, tosse, vomito). La verifica della consegna verbale fra infermieri al rientro del paziente in reparto, la legenda dei termini in uso che aiuti a compilare meglio la scheda in tutte le sue parti. Alcuni aspetti sono ottimizzabili con correzione di alcuni passaggi soprattutto in fase post-operatoria.

Dopo una attenta analisi delle schede compilate si può affermare percorso intrapreso da ormai due anni è economicamente efficace e di qualità. In un immediato futuro sarà in ogni caso importante definire altri strumenti di valutazione e monitoraggio del processo, quali indicatori di miglioramento che permetteranno di prevenire errori e criticità come la tutela della privacy. È fondamentale sviluppare idonei processi di comunicazione, sia all'interno del Comparto Operatorio che all'esterno, ed attivare percorsi formativi nei confronti del personale coinvolto.

Bibliografia

1. SIAARTI. *Guidelines for completing the Perioperative Anesthesia Record*. Anestesiol 2002;68:879-904 alla pagina web: <http://www.brandianesthesia.it/File%20PDF/PREOPSIAARTI.pdf> ultimo accesso 15-05-2012.
2. DE SANCTIS LUCENTINI E. *Risk management in sanità. Il Problema degli errori*. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, DM 05 marzo 2003. Ministero della Salute, all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf imo accesso 16-04-2012.
3. COHEN MR. *Medication errors*. 1999. it. Errori di terapia, Medical Media, Milano 2004.

4. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III. *Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità*. 2011, ponibile all'indirizzo: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3419809.pdf> df accesso 07-04-2012.
5. BIANCONCINI M, CARICATI L, GUIDI C, PRANDI C, SILVANO R, SOLLAMI A, TAFFURELLI C, ARTIOLI G, MANCINI T. *Corso Teorico-Pratico Avanzato di Formazione alla Ricerca Psicossociale nelle professioni sanitarie-consolidamento di research network "La pratica collaborativa nei contesti sanitari"*. all'indirizzo: [http://www.ao.pr.it/news/download/2011-10-24_sintesi.pdf](http://www.ao.pr.it/news/download/2011/2011-10-24_sintesi.pdf) accesso 16-04-2012.
6. MORI P. *Assistenza infermieristica del paziente operando*. In: Organizzazione del lavoro nel blocco operatorio e nuove tecnologie in sala operatoria. Volume 7 Ipasvi di Roma Collana Arcobaleno Online, disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.roma.it/ita/staticpages/index.php?page=arcobaleno>, ultimo accesso 1-04-2012.
7. ANTOLISEI F. *Manuale di diritto penale, parte generale*. Giuffrè, p. 255 ss.
8. BUZZI F, SCLAVI C. *La cartella clinica: atto pubblico*. Scrittura privata o "tertium genus". Riv It Med Leg 1997; 4: 1161
9. CANDIA L, CAMBIERI A. *La cartella clinica: strumento di lavoro e di studio, mezzo di prova*. Medicina e Morale, Anno XLI-1991.
10. CATTINELLI L. *La cartella clinica: importanza medico legale ed assicurativa*. Tagete, Anno II-1996.
11. CHIODI M. *Il consenso del paziente*. In: *La responsabilità medica*, Ed. Giuffrè, Milano, 1982.
12. CLAUDI MC. *Informazione e consenso: l'atto medico e la professione sanitaria tra etica, diritto ed economia*. Igiene e sanità pubblica, Volume LV, n. 3/4 maggio-agosto 1999, Ed. NEBO.
13. PARODI C, NIZZA V. *La responsabilità penale del personale medico e paramedico*. In: *Giurisprudenza sistematica di diritto penale*. UTET, 1996
14. PUCCINI C. *Istituzioni di medicina legale*. Milano, Ed. Ambrosiana 1993
15. RODRIGUEZ D. *La responsabilità ed il triage infermieristico*. 4, 1999.
16. BUSACCA B. *Le risorse di fiducia dell'impresa: soddisfazione del cliente, creazione del valore strategie di accrescimento*. Utet Università Torino, 1994.
17. GUIDICINI P. *Questionari, Interviste, Storie di vita. Come costruire gli strumenti, raccogliere le informazioni ed elaborare i dati*. Angeli Milano 1995; 37-9.
18. SCHIAVI G. *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie*. 1° Ed. Franco Angeli, 2004.
19. CONCA MG, PAMPLONI SCARPA A. *Qualità e soddisfazione del cliente: come misurare e accrescere la Customer Satisfaction*. sole 24 ore, Milano, 2003.
20. TANESE A, NEGRO A, GRAMIGNA A. *La Customer Satisfaction nelle Amministrazioni Pubbliche*. Rubettino, Catanzaro, 2003.
21. RAUHALA A, FAGERSTROM L. *Determining optimal nursing intensity: the Rafaela method*. J Adv Nurs. 2004;45:351-59.
22. Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi. *Linee guida "La documentazione infermieristica"*. 1999, all'indirizzo: www.thinktag.it/system/files/1033/lg_cartella.pdf?1292012188.
23. BANI-HANI KE, GHARAIBEH KA, YAGHAN RJ. *Retained surgical sponges (gossypiboma)*. Asian J Surg. 2005 Apr;28(2):109-15.
24. SHOJANIA KG, DUNCAN BW, McDONALD KM, et al. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001 Editorial Board.
25. GAWANDE AA, STUDDERT DM, ORAV EJ, BRENNAN TA, ZINNER MJ, et al. *Risk factors for retained instruments and sponges after surgery*. N Engl J Med. 2003 Jan 16;348(3):229-35.
26. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. The Source. Volume 3, Issue 10 2005.
27. KAISER CW, FRIDEMAN S, SPURLING KP, SLOWICK T, KAISER HA. *The retained surgical sponge*. Ann Surg 1996;224:79-84.
28. PORTEOUS J. *Surgical counts can be risky business!* Can Oper Room Nurs J. 2004 Dec;22(4):6-8, 10, 12.
29. AORN. *Standards, Recommended Practices, and Guidelines*. 2005; 307-311.
30. Ministero della Salute. *Manuale per la sicurezza in sala operatoria*. Ottobre 2009.
31. Ministero della Salute. *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella 2° rapporto*. Ottobre 2009.
32. BUCCOLINI M, BOZZI M, PROTOPAPA F, GIACOMETTI A, SILVESTRINI M. *L'assistenza infermieristica - Disciplina infermieristica e metodologia applicativa*. In: Guida all'esercizio della professione d'infermiere, III edizione, Ed. Medico-Scientifiche,
33. BASSETTI O. *Lo specifico infermieristico*. Rosini editrice, Firenze, 1993.
34. FUMAGALLI E, LAMBOGLIA E, MAGON G, MOTTA P.C. *La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro*. Ed. Medico-Scientifiche, 1998.
35. GAMBA D. *Aspetti giuridici della cartella infermieristica*. Infermiere Informazione, n. 7, 1994.
36. PAOLINI A. *Riorganizzazione di un blocco operatorio*. Infermieristico, n. 2/1999
37. MUNRO J, BOOTH A, NICHOLL J. *Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence*. Health Technol Assess 1997; 1(12):i-iv;1-62.
38. ROIZEN MF. *Preoperative evaluation*. In: Miller RD. Anesthesia. 5th ed. Churchill Livingstone, Inc; New York (NY):2000.
39. BLERY C, CHARPAK Y, SZATAN M, DARNE B, FOURGEAUX B, CHASTANG CL. *Evaluation of a protocol for selective ordering of preoperative evaluation*. Lancet, 1986; 1:139-141
40. PEREZ A, PLANELL J, BACARDAZ C et al. *Value of routine preoperative tests: a multicentre study in four General Hospitals*. Brit J Anaesthesia, 195; 74:250-256.

Normativa di riferimento

1. D.P.R. 384/1990. Cartella infermieristica come atto pubblico in senso lato perché redatto ad un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni (Art.57comma d,Art. 69 comma I, Art. 135 comma I).
2. Art. 2699 C.C. Atto pubblico
3. Art. 479 e 493 C.P. Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di servizio pubblico.

Tabella 1 - Gradimento della scheda

Domande	SI	NO	DIFF SCHEDE
Ritieni che la scheda peri-operatoria attuale sia uno strumento completo per una continuità assistenziale al paziente?	56 (93%)	3 (5%)	
Ritieni che la scheda peri-operatoria in uso raccolga tutti i dati utili per migliorare l'assistenza infermieristica al paziente?	51 (85%)	9 (15%)	
se no, (scrivere quali sono i dati mancanti).....			
Ritieni che l'attuale scheda ti soddisfa di più nell'utilizzarla rispetto alla precedente?	54 (90%)	6 (10%)	
scrivere il motivo.....			
TOTALE	161 (89,4%)	18 (10%)	1

4. Codice Deontologico dell'infermiere – gennaio 2009, Capo IV, Art. 27.
5. D.P.C.M. 19/05/95. Schema di riferimento per la Carta dei Servizi e per la rilevazione del grado di soddisfazione.
6. D.P.R. 14.01.97. Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, da parte delle strutture pubbliche e private.
7. D.C.R. 22.02.2000. Rgenerali sulla realizzazione delle indagini di soddisfazione.
8. Garante per la protezione dei dati personali Deliberazione 5 Maggio 2011.
9. Linee guida in tema di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario. (Deliberazione n. 182) (G.U. Serie Generale n. 120 del 25 Maggio 2011).

Gruppo di Progetto

Responsabile: Patrizia Lai,

Medico di Direzione Medica di Presidio.

Coordinatore: Daniela Malavolta,

Infermiera Coordinatrice Comparto Operatorio Comune Maxillo- Facciale, ORL e Otoneurochirurgia, ORL

Partecipanti:

Inf. **Catia Silvi**, U.O. Maxillo- Facciale;

Inf. **Gianluca Rizzetto**, U.O. Oculistica;

Inf. **Maria Grazia Stefanelli**, U.O. Maxillo- Facciale;

Dott. **Andrea Belletti**, Ufficio Medico Legale;

Dott. **Enrico Sesenna**, Direttore U.O. Maxillo- Facciale;

Dott. **Stefano Gandolfi**, Direttore U.O. Oculistica;

Dott. **Andrea Ferri**, U.O. Maxillo- Facciale;

Dott. **Claudio Fattibene**,

Dott. **Maria Teresa Luisi**, Direzione Medica di Presidio;

Dott. **Lida Ghirardi**, Dott. **Marina Dazzi**,

Dott. **Gabriella Gavioli**, Direzione Servizio Assistenziale

Ringraziamenti

Desidero innanzitutto ringraziare per la collaborazione, per il contributo dato per la realizzazione di questa ricerca ed evento formativo, per le numerose ore dedicate, tutti gli infermieri, medici, coordinatrici del Comparto Operatorio Testa-Collo, la Direzione Sanitaria, Direzione Medica di presidio della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. (P.L.)

32° Congresso nazionale Aniarti

Napoli 6/7/8 novembre 2013 - Mostra d'Oltremare

Gli infermieri di area critica e la questione civile

Come contribuire a cambiare il Paese

Cosa stiamo già facendo. Cosa vogliamo fare ancora

SECONDO ANNUNCIO

Come responsabilità, intelligenza e creatività, cambiano il Paese dal basso. Non aspettiamo soluzioni: le pensiamo, le proponiamo, mostriamo quelle che abbiamo già attuato

e che, pur essendo dei punti di riferimento, sono sempre tenute coperte, considerate poca cosa.

E lo diremo al Paese. Troveremo il modo di farci ascoltare.

Intendiamo partecipare da cittadini al recupero del senso di comunità nel nostro Paese. Da decenni, elementari regole di convivenza sono vilipesi e considerate impedimenti agli interessi esclusivamente personali. La società civile è l'ambito di esercizio di queste regole, che sono l'unica garanzia di accesso ai diritti; chi le vive, le difende o ne pretende il rispetto, non deve essere dileggiato o considerato un idealista fuori dal tempo.

I luoghi e le situazioni dentro cui, da infermieri viviamo, esigono una svolta radicale, generalizzata.

Non siamo sordi: *la questione civile si impone.*

La questione civile è una constatazione realistica sulla nostra storia recente e un'esigenza che fonda una speranza. Ricostruire le relazioni dalle basi: giustizia, equità, pari dignità, solidarietà verso tutti, misura.

Con il congresso Aniarti del 2013, lanciamo una sfida a noi stessi innanzitutto, cittadini professionisti dell'assistenza, partendo dalla nostra competenza.

La funzione dell'assistere, da sempre l'espressione delle società avanzate, coese, inclusive, *deve manifestare la capacità di cambiamento e di nuovo avanzamento. Si tratta di un'operazione culturale*, con cui gli infermieri devono recuperare rapidamente la propria responsabilità nella storia e nelle società.

La reinterpretazione delle competenze come delle procedure, delle caratteristiche, della valenza e dei limiti delle cure, fino all'organizzazione dei servizi per la salute, sono – dovranno essere – passaggi obbligati per i professionisti della salute, in modo particolare per gli infermieri, per corrispondere al proprio mandato etico e contribuire, insieme, al nuovo futuro comune.

Questo è reso urgente dalle situazioni e dei vissuti che si avverano specialmente in area critica.

La strada è lunga, ma è molto condivisa dagli infermieri e chiaramente tracciata. Dall'area critica possiamo e dobbiamo indicare obiettivi coraggiosi e improrogabili. La forza ci deriva dal fatto che abbiamo già esperienze molto innovative che vanno fatte conoscere, valorizzate, estese e da cui i cittadini tutti devono trarre indicazioni e capacità di scelte informate.

Questo esprimerà il convegno Aniarti 2013, rendendo manifesti i contributi che già esistono, *in nuce* o consolidati, nelle nostre realtà di lavoro.

Contribuisci anche tu con noi a costruire l'assistenza infermieristica nell'area critica del futuro!

e a costruire una società del futuro più attenta alle sue vere priorità!

Il 32° Congresso Aniarti sarà una tappa in questa direzione.

Porta la tua esperienza e partecipa.

Per tutte le informazioni: www.aniarti.it