

## Qualità nella pratica

# Analisi e gestione del Rischio Clinico in Sala Operatoria: gli indicatori di “qualità” e di “performance”, studio osservazionale

SGUANCİ M<sup>1</sup>, MANDOLFINO F<sup>2</sup>, LAZZARA F<sup>3</sup>, FRASCIO M<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche AO San Martino di Genova, <sup>2</sup> Specialista in Chirurgia generale Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia AO San Martino, <sup>3</sup> Specializzando in Chirurgia Generale Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia AO San Martino, <sup>4</sup> Prof. Associato di Chirurgia Generale Facoltà di Medicina e Chirurgia AO San Martino di Genova.

---

## Abstract

**Obiettivo:** la gestione del Rischio Clinico anche definita *Risk management*, risulta essere argomento molto dibattuto a livello di qualità assistenziale e *patient safety*. In tale panorama, gli “Indicatori di qualità” risultano strumenti indispensabili per il monitoraggio e prevenzione dell’“Evento Avverso”. Lo studio osservazionale si pone l’obiettivo di delineare funzioni e applicazione degli “indicatori” di qualità assistenziale in ambito operatorio. Il lavoro analizza le diverse tipologie di strumento in correlazione ai singoli processi clinico-assistenziali.

**Metodo:** analisi della letteratura di riferimento e descrizione degli strumenti presi in esame.

**Risultati:** lo studio ha fornito un quadro osservazionale rivolto alla funzione degli indicatori di assistenza in ambito di Sala Operatoria, alle diverse tipologie di strumento e alle possibili applicazioni nella pratica clinica.

**Discussione:** lo studio fornisce un buono spunto di riflessione sulle potenzialità degli indicatori quali strumenti di monitoraggio, confronto e miglioramento a livello di processo. Un corretto uso di tali strumenti permette una precisa gestione del rischio clinico, migliorando gli standard di assistenza e con essi la sicurezza del paziente sottoposto ad intervento chirurgico. L’infermiere, figura attiva in tali processi qualitativi, dedica attenzione al benessere del paziente e alla propria sicurezza in ambito lavorativo.

**Parole chiave.** *Risk management*; indicatori; *performance*; qualità; sala operatoria.

---

## Introduzione

*“...Errore non è sinonimo di insuccesso e insuccesso non è mai sinonimo di colpa...”*

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali.

Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.

Gestire la sicurezza in un’organizzazione significa, nella massima semplificazione, individuare i rischi connessi all’attività e utilizzare modalità per prevenirlo limitarne gli effetti.

In altri termini bisogna identificare specifici modelli di controllo del rischio clinico con l’obiettivo di prevenire il verificarsi di un “evento avverso” e qualora questo accada, contenerne le conseguenze.

In questo contesto l’infermiere si colloca come parte attiva nella raccolta dei dati e nella loro interpretazione per consentire la mappatura delle attività e la rilevazione di eventuali eventi avversi o criticità organizzative e di processo.

Egli dovrà mettere in atto le proprie Competenze Distintive al fine di partecipare attivamente in *team* multi professionali dedicati alla gestione del rischio clinico. Lavorare in *team* è indicatore di affidabilità e qualità del servizio il cui fine ultimo sarà la creazione di “comunità” di assistenza che permetteranno l’interazione tra pazienti, infermieri e medici.

Il paziente risulta al centro del piano assistenziale; si delinearanno modelli diversi di assistenza infermieristica che permetteranno una scelta preferenziale, il tutto garantendo la sicurezza.

Il concetto di preferenza assistenziale dovrà essere supportato

da evidenze scientifiche e da raccolta dati qualitativi che forniranno indicatori per elaborare database clinici finalizzati alla qualità dell’assistenza.

In questo panorama i processi infermieristici avranno un ruolo fondamentale nel funzionamento del Sistema Salute.

Tale elaborato si pone l’obiettivo di delineare la correlazione tra “processo assistenziale” ed “indicatore di qualità/performance” relativo a diverse procedure considerate maggiormente a rischio. Per adempiere a tal fine, saranno inoltre definiti diversi tipi di indicatori di “struttura”, “processo” ed “esito/risultato” in ambito operatorio.

## Il contesto

In tale contesto si provvede allo sviluppo del percorso assistenziale del paziente sottoposto ad interventi di chirurgia sia essa generale o specialistica. Il percorso assistenziale ha inizio con l’accoglienza del paziente proveniente dal reparto di degenza, procede con l’assistenza nella fase pre-operatoria e di preparazione all’intervento, gestisce la fase peri-operatoria e coordina l’assistenza in acuto post intervento provvedendo alla stabilità fisiologica del paziente per consentirne il rientro in reparto. Gli interventi possono presentare una bassa, media ed alta complessità.

Bassa complessità: interventi effettuati in regime di *day surgery* e con dimissione entro 24h dall’intervento chirurgico e coadiuvati da anestesia locale o spinale.

Media complessità: interventi che presuppongano una media complessità pratica ma che prevedano la dimissione del paziente a 2-4 giornate post-intervento.

Alta complessità: interventi che implicano un’alta metodologia chirurgica, complessi, nella maggior parte dei casi di importanza oncologica.

## Il rischio clinico in sala operatoria

La *Clinical Governance* può essere paragonata al contesto in cui i servizi sanitari si “rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza [...] creando un ambiente che favorisca l’espressione dell’eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili”[3].

Molte vengono ad essere le figure coinvolte in questo ambito: infermieri, medici, tecnici, amministrativi e via dicendo. Il processo di cura, così poco standardizzabile e in rapida evoluzione tecnologica a scientifica, prevede di conseguenza l’attuazione di politiche di governo clinico “finalizzate a creare maggiore trasparenza e coerenza per migliorare la qualità dei servizi” [4].

Il governo clinico risulta essere composto da cinque elementi fondamentali [5].

1. Formazione e aggiornamento;
2. audit clinico;
3. gestione del rischio;
4. efficacia clinica;
5. ricerca e sviluppo.

Soffermandoci sulla gestione del rischio, esso delinea un insieme “sistematico di metodi, strategie e strumenti che consentono l’identificazione, valutazione e riduzione del rischio” [6].

Il lavoro di analisi del rischio viene a concretizzarsi in ogni ambito ospedaliero tramite due tipologie di analisi degli eventi avversi; la prima è conosciuta come “analisi reattiva” ossia a posteriori degli incidenti ed è mirata ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi. La seconda è detta “analisi proattiva” e mira all’individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l’incidente si verifichi; si basa sull’analisi dei processi che costituiscono l’attività, ne individua i punti critici con l’obiettivo di progettare sistemi sicuri. In Sala Operatoria l’infermiere deve presiedere alla gestione di tutte le fasi operative di attività, dalla presa in carico del paziente sottoposto ad intervento chirurgico, alla “dimissione” dello stesso ai reparti di degenza ad intervento concluso.

Il paziente deve quindi poter contare su un validato livello di assistenza che fornisca certezze di sicurezza e che permetta lo svolgersi dell’intervento nel pieno rispetto degli standard.

L’atto chirurgico deve avvenire in un contesto che preveda la presenza di professionalità preposte, competenti e capaci, di tecnologie tenute sotto controllo, di comportamenti corretti e delle necessarie evidenze oggettive con l’obiettivo di assicurare uno standard di sicurezza più elevato possibile.

Quando si parla di “Processo infermieristico” o “processo clinico” si identifica il percorso che si segue per ottenere un obiettivo assistenziale.

Ecco quindi che vengono a rientrare in tale definizione, le risorse che utilizziamo, il come le utilizziamo, le attività che svolgiamo e il risultato della nostra prestazione.

Il processo viene scomposto in “macroattività” a loro volta ana-

lizzate in base a tutte le singole “attività semplici” che prevede.

L’analisi dei processi si rivela quindi indispensabile nella gestione del rischio clinico; per ogni singola attività si cerca di identificare gli errori che si possono verificare durante l’esecuzione e di essi si valuta quantitativamente il rischio associato.

Lo schema 1 sintetizza i processi assistenziali di Sala Operatoria.

I processi che principalmente scandiscono le attività lavorative quotidiane sono così distinguibili:

- Gestione del programma operatorio giornaliero: il responsabile dell’U.O. provvede al corretto svolgimento delle sedute operatorie. In caso di problematiche interagisce con i chirurghi e gli anestesisti.
- *Check* degli impianti e delle apparecchiature: l’infermiere di sala verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature. In caso di malfunzionamento avviserà il responsabile dell’U.O.
- Preparazione del paziente all’intervento chirurgico: l’infermiere accoglie nel blocco il paziente, lo identifica e presta attenzione allo stato d’animo. Verifica che l’intervento sia inserito nella lista operatoria, che la cartella clinica sia presente e che i moduli di consenso informato siano correttamente compilati e controfirmati, controlla che la preparazione chirurgica si stia correttamente eseguita.
- Identificazione del sito chirurgico di interesse: l’infermiere controlla la parte su cui si andrà ad operare.
- Posizionamento del paziente sul letto operatorio: l’infermiere di sala provvede al posizionamento del paziente secondo le modalità previste dal programma operatorio ed illustrate nel regolamento aziendale. Attenzione viene data anche al comfort del paziente secondo la posizione scelta.
- Preparazione dell’*equipe* chirurgica: il personale di sala deve coadiuvare i chirurghi e lo/la strumentista nelle procedure di vestizione sterile e nella gestione degli apparecchi elettromedicali richiesti dal tipo di intervento.
- Gestione dell’intervento chirurgico: lo strumentista vigila sulle corrette procedure asettiche dell’*equipe*, controlla e verifica garze e ferri durante e prossimamente alla chiusura della breccia chirurgica. Segue inoltre le fasi dell’intervento coadiuvando il chirurgo e gestisce le attività trasversali dei colleghi di sala. Gli infermieri di sala vigilano sul corretto svolgimento dell’operazione.
- Dimissione dalla sala operatoria: l’infermiere accompagna il paziente nella sala risveglio; egli verrà portato al reparto di degenza dopo il nullaosta dell’anestesista.
- Pulizia dello strumentario chirurgico: a fine intervento lo strumentista provvede a consegnare al personale di supporto della sterilizzazione lo strumentario che sarà pulito, disinfettato e inviato alla centrale di sterilizzazione aziendale.
- Registrazione dell’intervento chirurgico: a fine intervento viene redatto il “registro operatorio” dove chirurgo, anestesista ed infermiere di sala registreranno le loro rispettive attività.

Schema 1 - Processi Assistenziali

PROCESSI ASSISTENZIALI	
Accoglienza Paziente nel B.O.	Preparazione strumentario
Controllo anagrafico e cartella clinica	Posizionamento paziente
Identificazione sito chirurgico	Preparazione equipe chirurgica
Lettura programma operatorio	Intervento chirurgico
Preparazione paziente	Dimissione paziente al reparto
	Registrazione intervento
<p>Blu: Fase preoperatoria                      Rosso: Fase peri operatoria                      Verde: Fase post operatoria</p>	

### Indicatori di “3-424/ 1, - assistenziale”

Esistono due categorie principali di indicatori utilizzati per il monitoraggio della qualità: indicatori basati su aggregati ed indicatori di esito.

Gli Indicatori basati su aggregati si ottengono aggregando più eventi relativi a soggetti differenti; possono essere costituiti da un'unica variabile (una media) o dal rapporto tra più variabili (una percentuale): il valore trovato viene poi “confrontato con valori di riferimento per stabilire se si debba prendere in considerazione o meno una modificazione di elementi strutturali o di processo associati all'indicatore”.

Risultano appropriati in diverse attività di monitoraggio della pratica clinica [8].

Essi si dividono in:

- Indicatori di struttura: identificano tutti i requisiti che devono essere presenti per fornire una valida assistenza al paziente (materiali e risorse di U.O.). Esempi: numero di letti per stanza, numero di bagni, tipi di apparecchiature, presenza del carrello delle urgenze, presenza di cartella infermieristica. Ossia tutte le risposte alla domanda: “Cosa si ha a disposizione in reparto?”.

- Indicatori di processo: le modalità con cui viene condotto il processo assistenziale; “descrivono e valutano come si lavora”[9].

Esempi: modalità di esecuzione del cateterismo vescicale, di informazione del paziente, di prevenzione delle cadute, tipologia dei dati raccolti sulle cartelle infermieristiche.

Gli indicatori di esito: strettamente correlati ai precedenti, valutano il risultato del processo, l'esito o l'*outcome*; costituiscono il modo più immediato per definire la “qualità” di un intervento assistenziale in base ai risultati prodotti.

Esempi: n° di pazienti caduti dal letto, con lesioni da decubito, numero di infezioni delle vie urinarie, numero di pazienti incontinenti, bagnati.

Gli indicatori monitorizzano situazioni ad alta frequenza, situazioni ad alto rischio o problematiche.

Perché questi “strumenti” possano essere validati ed utilizzati diviene indispensabile che rispondano a determinati criteri di appropriatezza secondo cinque punti fondamentali che rendono lo strumento “usufruibile ed utilizzabile”.

Per ogni indicatore è necessario:

1. descrivere contenuto e tipo;
2. esplicitare il rationale (spiegare per quale motivo si è scelto e cosa si vuole andare a misurare);
3. descrivere il campione che si vuole valutare;
4. definire i dati da raccogliere;
5. identificare i potenziali fattori che possono spiegare variazioni nei dati (variabili).

La tabella 1 sintetizza le funzioni principali degli indicatori di qualità dell'assistenza.

Specificatamente, nell'ambito dell'assistenza pre, peri e post-operatoria, gli infermieri possono avvalersi di utili strumenti di segnalazione per condurre le fasi del processo di assistenza in regime di sicurezza per loro stessi e per i pazienti sottoposti a pratiche clinico-chirurgiche.

Riferendoci al modello degli “Indicatori clinici” di “*Safety*”, ossia quelli utilizzati esclusivamente in un sistema strutturato di gestione del rischio clinico, si possono estrapolare dalla normale pratica quotidiana diversi tipi di indicatori infermieristici.

In primo luogo riconosciamo gli indicatori di struttura, che come detto in precedenza si soffermano sulle risorse e le apparecchiature utilizzabili in un reparto che consentono di fornire un buon livello di assistenza.

La tabella 2 ne sintetizza alcune tipologie.

In secondo luogo, rivolgendoci alle azioni o attività cliniche

quotidiane, grande aiuto giunge dagli indicatori di processo, ossia quegli indicatori che forniscono notizie su “come ci stiamo comportando” nello svolgere le nostre attività.

La tabella 3 ne raccoglie alcuni esempi.

Strettamente correlata agli indicatori di processo, esiste un'ultima classe di indicatori; essa evidenzia invece i “risultati” delle nostre prestazioni, gli indicatori di esito; tali esiti possono portare ad una conferma dell'efficienza/efficacia prestazionale, ma allo stesso modo, se analizzati in maniera inversa possono definire i possibili eventi avversi derivati da comportamenti non ottimali.

La tabella 4 ne mostra alcune tipologie.

Di seguito viene riportato un esempio di N° 3 indicatori correlati alla gestione del rischio clinico analizzandone i processi assistenziali che hanno condotto alla loro formulazione:

#### INDICATORE N° 1:

##### **N° di pazienti operati con lesioni nervose iatrogene, deficit motori, lesioni cutanee/N° pazienti operati**

Indicatore di esito ha l'obiettivo di misurare e monitorizzare il corretto posizionamento del paziente sul lettino operatorio. Gli infermieri sono responsabili del comfort del paziente e della prevenzione di eventuali deficit neuro/motori alle articolazioni dovute ad un'erronea posizione dello stesso. In tal caso potrebbero verificarsi degli eventi avversi sintomatici.

La tabella che segue schematizza le fasi di processo assistenziale che hanno consentito la formulazione dell'indicatore (tabella 5).

#### INDICATORE N° 2:

##### **N° interventi dovuti a erronea conta delle garze/N° totale di interventi**

In interventi ad addome “aperto” vengono utilizzate garze e flanelle laparotomiche.

Esse devono essere conteggiate in maniera corretta ad inizio intervento e prima della chiusura dell'addome.

Questo indicatore di processo monitorizza il corretto svolgersi delle azioni peri-operatorie prevenendo l'insorgere di eventi avversi quali la dimenticanza di una garza in addome ad intervento terminato e con il conseguente effetto o evento avverso non intercettato di un secondo intervento per la rimozione della stessa.

La tabella 6 schematizza le fasi di processo assistenziale che hanno consentito la formulazione dell'indicatore.

#### CONCLUSIONI e DISCUSSIONE:

Attraverso tale lavoro si è voluto affrontare il sempre attuale e discusso rapporto, spesso contrastato tra “Infermiere” e “qualità assistenziale” in ambito “operatorio”.

Gli indicatori di qualità o “*performance*” risultano essere validi strumenti per la corretta gestione delle attività cliniche, standardizzando le stesse e consentendone un miglior controllo qualitativo.

Le organizzazioni sanitarie si dedicano sempre più spesso alla ricerca di nuovi ed efficaci indicatori, ritenendo questa, la strada più concreta e sicura per il raggiungimento dell'eccellenza clinica.

In quanto strumenti di controllo ed analisi, gli stessi necessitano di attenzione da parte delle figure preposte al loro utilizzo; se utilizzati in maniera erronea, potrebbero rivelarsi fonti di falsi risultati e quindi minare il processo qualitativo di una prestazione.

L'infermiere, oggi maggiormente “ricercatore” e “*controller*” di qualità assistenziale, con la propria esperienza professionale risulta protagonista in tale ambito e dedica la sua attività clinica al miglioramento della “*patient safety*”.

**Tabella 1** - Funzioni degli indicatori

<b>FUNZIONI DEGLI INDICATORI</b>	
Funzione 1	“ <b>quantificare</b> ”, ossia conoscere dettagliatamente quante volte accade una determinata situazione.
Funzione 2	“ <b>capire</b> ”: l'operatore vuole conoscere in modo approfondito un dato avvenimento.
Funzione 3	“ <b>confrontare</b> ”: si possono confrontare più realtà, qualificando ciascuna di esse, misurandone le incidenze degli avvenimenti in esame, confrontandole e valutandone i risultati.
Funzione 4	“ <b>valutare</b> ” quando si richiede una valutazione di diversi ambienti e fenomeni.

**Tabella 2** - Indicatori di struttura

<b>INDICATORI DI STRUTTURA</b>		
<b>Indicatore</b>	<b>Cosa misura</b>	<b>Per quale motivo</b>
Presenza del respiratore automatico in sala operatoria	N° respiratori / N° sale operatorie	Per garantire l'intervento chirurgico è necessario l'utilizzo di un respiratore automatico in ciascuna sala operatoria.
Presenza degli aspiratori chirurgici in sala operatoria	N° aspiratori / N° sale operatorie	In quanto è necessario che l'impianto di aspirazione sia sempre presente ed in funzione durante ogni intervento.
Presenza di postazioni informatiche per la gestione delle sedute operatorie, degli esami intra operatorie e delle richieste istologiche	N° terminali / N° sale operatorie	L'informatizzazione aziendale si serve di programmi di gestione completa degli interventi e gli infermieri devono potersi servire del proprio computer riferito alla sala ove stanno lavorando al momento.
Presenza di lettino operatorio automatizzato	N° lettini operatorie / N° sale operatorie	In ciascuna sala deve essere presente un letto operatorio automatizzato che consenta il posizionamento del paziente a seconda dell'intervento.

**Tabella 3** - Indicatori di processo

<b>INDICATORI DI STRUTTURA</b>		
<b>Processo</b>	<b>Indicatore: Cosa misura</b>	<b>Per quale motivo</b>
Registrazione e verifica periodica delle apparecchiature di sala	N° verifiche correttamente registrate / N° verifiche programmate	Gli infermieri sono responsabili del corretto funzionamento delle apparecchiature e della loro eventuale richiesta di revisione qualora ci fossero anomalie.
Posizionamento del paziente sul letto operatorio	N° lesioni nervose iatrogene e/o deficit corporei / N° interventi chirurgici	Gli infermieri si adoperano per garantire il massimo comfort possibile al paziente nel momento in cui viene posizionato sul letto operatorio devono fare molta attenzione alla protezione dei punti di compressione.
Mantenimento della temperatura corporea in interventi di alta complessità	N° materassini termici posizionati / N° interventi chirurgici complessi	L'infermiere deve cercare di prevenire fenomeni di ipotermia peri-operatoria tramite l'utilizzo di materassini termici monouso.
Corretto posizionamento della "piastra di terra" del paziente	N° pazienti con presenza di bruciature / N° di pazienti operati	La piastra di terra garantisce il completo isolamento del paziente; i fenomeni di elettro coagulazione rimangono così circoscritti alla sede interessata.
Corretto posizionamento del catetere vescicali in interventi che ne prevedono la necessità	N° infezioni alle vie urinarie e/o piccole lacerazioni / N° pazienti operati necessitanti di catetere vescicale	L'infermiere di sala è responsabile del posizionamento del catetere vescicale sempre nel massimo rispetto degli standard di sterilità associati alla procedura.
Corretto conteggio delle garze "laparotomiche" in interventi complessi	N° interventi correttamente conclusi con conteggio esatto / N° interventi recanti anomalie di conta	Lo strumentista deve autorizzare al chiusura della breccia chirurgica unicamente quando si è assicurato che tutte le garze dell'intervento siano state contate.

**Tabella 4** - Indicatori di esito

<b>INDICATORI DI ESITO</b>		
<b>Indicatore</b>	<b>Cosa misura</b>	<b>Per quale motivo</b>
Prevenzione di deficit corporei post-intervento	N° di pazienti che presentano deficit dovuti a mal posizionamento sul letto operatorio/N° pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	Il mal posizionamento del paziente può provocare l'insorgere di sintomi e segnali di deficit motori in quanto la posizione operatoria può talora essere anti fisiologica.
Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	N° di pazienti con infezione della ferita dovuta a erronei processi peri operatori di disinfezione	Se la disinfezione del sito chirurgico non viene correttamente eseguita durante le fasi dell'intervento, il paziente può andare incontro a fenomeni di infezione di ferita.
Prevenzione infezioni e lacerazioni urinarie dovute a catetere vescicale	N° pazienti con catetere con infezione e lacerazione / N° pazienti a rischio con catetere	Nel posizionamento del catetere si necessita seguire le linee guida di sterilità e grande attenzione nell'introduzione del catetere in quanto è comunque un corpo estraneo.

Tabella 5 - Fasi di processo

FASI DI PROCESSO	
Attività 1	All'accettazione del paziente l'infermiere di sala controlla sulla lista operatoria il tipo di intervento che si andrà ad eseguire
Attività 2	Valutazione del tipo di posizione del paziente sul letto
Attività 3	Eventuale consulto con il chirurgo per conferma della posizione scelta
Attività 4	Trasporto del paziente in sala e posizionamento di quest'ultimo sul letto
Attività 5	Posizionamento degli arti superiori con attenzione alle articolazioni omero-clavicolari
Attività 6	Posizionamento degli arti inferiori eventualmente tramite presidi aggiuntivi quali reggi-arti inferiori o ausili per posizioni ginecologiche
Attività 7	Predisposizione di presidi anticaduta
Attività 8	Qualora l'intervento lo necessiti utilizzo di sostegni per posizioni di lateralità
Attività 9	Controllo punti di compressione ed eventuale imbottitura degli stessi
Attività 10	Controllo di eventuali possibili decubiti cutanei dovuti all'utilizzo dei suddetti presidi e alla durata dell'intervento chirurgico
Attività 11	Posizionamento adeguato dell'archetto per consentire le manovre anestesilogiche durante l'intervento
Attività 12	Ad intervento concluso, rimozione dei presidi e controllo di lesioni cutanee da compressione, eventuali segni di decubiti e controllo delle articolazioni superiori ed inferiori
Attività 13	Trasporto del paziente sulla barella di servizio per il successivo rientro in reparto

Tabella 6 - Fasi di processo

FASI DI PROCESSO	
Attività 1	Lo strumentista, durante la preparazione dello strumentario chirurgico quantifica le garze da conteggio dividendole in gruppi prefissati
Attività 2	Secondo controllo prima dell'utilizzo delle flanelle
Attività 3	Durante le fasi operatorie, qualora ve ne sia la necessità, si richiedono garze aggiuntive agli infermieri di sala
Attività 4	Assicurarsi del numero prima di immeterle sul campo operatorio
Attività 5	Segnalazione delle garze lasciate temporaneamente in addome per pulizia e/o emostasi
Attività 6	"Smarcatura" delle garze riconsegnate dal chirurgo
Attività 7	Effettuazione di conteggi delle garze utilizzate in fasi intermedie per ulteriore controllo in itinere
Attività 8	Ad inizio chiusura, richiesta di un conteggio pre-finale informando l' <i>equipe</i> dell'esatto conteggio e dando il proprio nulla osta alla chiusura della breccia chirurgica
Attività 9	Ad addome chiuso, richiesta di un conteggio finale delle garze laparotomiche per sincerarsi ulteriormente che durante le operazioni di chiusura non vi sia stato un eventuale posizionamento di garze
Attività 10	A conteggio esatto gli infermieri di sala si adoperano per lo smaltimento delle garze da conta in appositi contenitori, facendo attenzione a chiuderli ermeticamente qualora l'intervento successivo preveda anch'esso l'utilizzo di garze in conta
Attività 11	Medicazione della ferita con garze da medicazione e cerotto ipoallergenico

## BIBLIOGRAFIA

01. Serra V, Suzzi R. Indicatori infermieristici di qualità nell'assistenza. Professione Infermiere, periodico dell'IPASVI di Bologna, Anno X-n° 2, Aprile/Giugno 1998.
02. Focarile F. Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
03. NHS. White Paper. 1999.
04. O.d.V.,n.4, Ottobre 2002. Disponibile su: [www.odv.bo.it](http://www.odv.bo.it)
05. Falasco P. Azienda USL di Ravenna. EPI INFO
06. [www.118er.it/gecav/riunioni/aprile/risk management.ppt](http://www.118er.it/gecav/riunioni/aprile/risk%20management.ppt)
07. SIQuAS-VRQ Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria. [www.siquas.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54:indicatori-clinici&catid=38:documenti](http://www.siquas.it/index.php?option=com_content&view=article&id=54:indicatori-clinici&catid=38:documenti)
08. Bonaldi A, Focarile F. Curare la qualità. Milano, Guerrini ed associati, 1994.
09. Di Giulio P. Qualità, accreditamento, indicatori. IPASVI-Roma, 1998.

## Risk Management in Operating Rooms: performance indicators, an observational study

**Objective:** the Clinical risk management also defined "Risk management", is the much debated topic about quality and patient safety. In this view, the "quality indicators" are indispensable tools for monitoring and prevention of "adverse event". Observational study aims to delineate functions and application of "indicators" of quality care in surgery. The work analyses the different types of tool in correlation to clinical processes.

**Method:** analysis of the literature reference and description of the tools examined.

**Results:** the study has provided a framework about the indicators' function in the operating room, about the different types of instrument and their possible application in clinical practice.

**Discussion:** the study provides a good basis for consideration on potential indicators such as monitoring tools, comparison and improving process. A proper use of these instrument allows a precise clinical risk management, improving the standard of care and safety of the patient undergoes surgery. The nurse becomes increasingly active figure in these processes by devoting attention to the quality of patient's comfort and their safety at work.

**Keywords.** Risk management; indicators; performance; quality; operating room.