

# **Società Oftalmologica Lombarda**

**Milano, 17 Dicembre 2005**

**Attualità e linee-guida in  
oftalmologia clinica e strumentale.**

**Il ruolo dell'infermiere**

**La qualità in oftalmologia**

**Demetrio Spinelli (Milano)**

# **R.D. 27 luglio 1934 n. 1265**

## **Testo Unico delle Leggi Sanitarie**

**Artt. 99 e 100**

**L'esercizio della professione di infermiere è sottoposto a vigilanza sanitaria e contempla e necessita dell'accertamento del conseguimento del titolo di abilitazione**

# **D.M. 19 settembre 1994 n. 739**

**Regolamento concernente  
l'individuazione della figura e del  
relativo profilo professionale  
dell'infermiere**

**In esso vengono descritti gli ambiti in  
cui la competenza può e deve  
esprimersi in prestazioni e funzioni**

# **Legge n. 42 del 26/2/1999**

**Disposizioni in materia di  
professione sanitaria**

**Responsabilità attività e  
competenza professionale  
infermieristica**

# Responsabilità

**Intesa come “essere responsabili”**

**Da un lato coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico**

**Dall'altro essere chiamato a rendere conto del proprio operato**

**Quindi:**

**Da un lato: tutela della salute, centralità dell'assistito, conoscenze scientifiche aggiornate, solidarietà con l'assistito.**

**dall'altro: prevenzione delle sanzioni, centralità della professionalità, difensivismo**

# Attività

- **Concetto di attività: stimolo ad attivarsi**
- **Campi di approvazione delle funzioni**
- **Autolimitazione**

# Competenza

## Competenza professionale

- Demarcazione di pertinenze professionali
- Acquisizione di conoscenze-capacità attraverso la formazione permanente

# **Legge n. 251 del 10 aprile 2000**

**Disciplina della professione sanitaria infermieristica tecniche della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica.**

**Autonomia nell'esercizio della professione**

# **Fattori che caratterizzano l'autonomia**

- **Intrinseci (attività professionale)**
- **Estrinseci (di carattere interprofessionale)**

## FATTORI INTRINSECI

## FATTORI ESTRINSECI

**Secondo la fase dell'intervento:**

- nella scelta
- nella progettazione
- nell'applicazione
- nella verifica-controllo

**Secondo macro-area:**

- nella prevenzione
- nella diagnosi (valutazione)
- nell'assistenza
- nella terapia
- nella riabilitazione

**Secondo la natura dell'atto sanitario:**

- intellettuale
- relazionale
- tecnica

**Secondo l'integrazione con altri professionisti sanitari:**

- nel coordinamento
- nella collaborazione
- nell'attività di equipe
- nell'attività individuale

**Secondo la relazione con il medico:**

- su prescrizione medica
- su iniziativa personale

# La responsabilità dell'infermiere professionale

- La responsabilità dell'infermiere può riguardare essenzialmente tre profili:
  - ➔ a) l'area della malpratica nell'esercizio professionale – (la colpa professionale);
  - b) l'area della violazione dell'autonomia e della libertà del paziente rispetto alle cure da praticare (il consenso informato);
  - c) l'area della gestione corretta dei dati del paziente – (la privacy)

# **Norme e discipline giuridiche (Collaborazione con le autorità giudiziarie)**

- **Referto**
- **Denuncia**

# Il referto

L'art. 365 del C.P. così stabilisce: “Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria, prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino ad € 500,00”.

Questa disposizione non si applica quando il referto potrebbe esporre la persona assistita a procedimento penale.

I criteri che regolano l'obbligo del referto sono: che si tratti di casi che presentino le caratteristiche di un delitto che debba essere perseguibile d'ufficio; che, con il referto, non si ponga l'assistito in posizione tale da essere perseguito penalmente.

# La denuncia

**La denuncia è l'atto con il quale vengono comunicati alle autorità competenti fatti di cui si è venuti a conoscenza nell'esercizio della propria professione e che alle autorità interessa conoscere.**

**Esse possono essere facoltative od obbligatorie (artt. 361-362 c.p.)**

**DEI DELITTI**

# **Art. 1 Comma 3 Lett. g**

## **D.M. 739/1994**

- **Pubblico ufficiale (art. 357 c.p.)**  
Coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa
- **Incaricato di un pubblico servizio (art. 358 c.p.)**  
Sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio
- **Esercita un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.)**  
Sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità:
  1. i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;
  2. i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della Pubblica Amministrazione

<b>DELITTO</b>	<b>ARTICOLO DEL C.P. RELATIVO AL PUBBLICO UFFICIALE</b>	<b>ARTICOLO DEL C.P. RELATIVO ALL'INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO</b>
<b>Rifiuto di atti di ufficio; omissione</b>	<b>328</b>	<b>328</b>
<b>Rivelazione di segreto d'ufficio</b>	<b>326</b>	<b>326</b>
<b>Falsità ideologica in atti pubblici</b>	<b>479</b>	<b>493</b>
<b>Omissione di denuncia</b>	<b>361</b>	<b>362</b>

<b>Condotta</b>	<b>Cittadino</b>	<b>Esercente professione sanitaria</b>	<b>Esercente un servizio di pubblica necessità</b>	<b>Pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio</b>
<b>Mancata prestazione di assistenza</b>	<b>art. 593 c.p.</b>			<b>art. 328 c.p.</b>
<b>Falsa attestazione nella documentazione infermieristica</b>		<b>art. 481 c.p.</b>		<b>art. 479 c.p. art. 493 c.p.</b>
<b>Rivelazione di segreto</b>		<b>art. 622 c.p.</b>		<b>art. 326 c.p.</b>
<b>Omessa comunicazione all'autorità giudiziaria di delitti perseguibili d'ufficio</b>		<b>art. 365 c.p.</b>		<b>art. 361 c.p. art. 362 c.p.</b>

# I principi generali che regolano la responsabilità professionale

- Concetto di colpa.
- Concetto di danno per il paziente.
- Nesso di causalità tra comportamento colposo e danno procurato al paziente
- Irrilevanza dell'errore incolpevole.
- Irrilevanza dell'errore che non produce un danno.

# **Art. 43 C.P.**

**Il “delitto” è doloso o secondo l'intenzione quando l'evento dannoso, risultato dall'azione o omissione, è preveduto o voluto come conseguenza della propria azione o omissione.**

**Il “delitto” è colposo o contro l'intenzione quando l'evento anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti ordini e discipline.**

# Concetto di colpa

- **negligenza: mancanza di attenzione, trascuratezza.**
- **imprudenza: compiere, senza urgenza, un'attività che non rientra nella propria competenza professionale ovvero in una struttura non adeguata.**
- **imperizia: mancanza della necessaria perizia professionale; non aggiornamento professionale; non conoscenza delle leggi dell'arte medica.**
- **inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline .**

# **Il rischio clinico e il processo di gestione del rischio**

**Per rischio clinico si intende la probabilità per un paziente di subire un danno per effetto di un trattamento medico o delle cure prestate.**

**Per evento avverso si intende una lesione provocata dalle cure sanitarie e non associate alla condizione clinica del paziente evitabile, dovuta ad errore del sistema.**

**Per errore si intende il fallimento di una azione pianificata per essere portata a termine come previsto (errore di esecuzione) o utilizzo di un piano scorretto per raggiungere uno scopo (errore di pianificazione)**

# Cause degli errori

- Fattori istituzionali
- Fattori organizzativi
- Fattori gestionali
- Fattori di lavoro
- Fattori individuali

Evidenti

Latenti

# Gli errori

**Non tutti gli errori possono essere intercettati prima che abbiano effetti sul paziente.**

**Benché gli errori non possano essere ridotti a zero, lo sforzo del sistema deve essere quello di ridurre a zero le circostanze in cui l'errore possa provocare un danno al paziente: un sistema deve rendere visibili gli errori prima che questi possano causare danni.**

# **Analisi dell'errore**

- **Obiettivo è individuare come e perché i meccanismi di difesa hanno fallito**
- **Obiettivo non è individuare chi ha sbagliato, bensì il processo organizzativo e la catena di eventi che hanno portato all'errore finale o al verificarsi dell'incidente.**
- **L'analisi dell'errore è l'analisi delle cause di errore**

# **Come ridurre gli errori e gli eventi avversi**

- **Ridurre la complessità**
- **Ottimizzare la manipolazione e il trasferimento di informazione**
- **Introdurre processi automatizzati**
- **Usare dei vincoli**
- **Ridurre gli effetti indesiderati determinati dai cambiamenti**

# **Un sistema a prova di errore deve possedere tre proprietà:**

- **Una organizzazione ed una strategia a prova di errore**
- **Procedure che rendano visibile ed intercettabile l'errore**
- **Accorgimenti che riducano l'impatto dell'errore**
- **Ottemperanza ai protocolli**

## **DRG 039**

**E' un raggruppamento diagnostico che include i ricoveri per la terapia chirurgica della cataratta.**

**La cataratta costituisce una delle cause principali di non autosufficienza visiva del paziente e quindi la sua terapia chirurgica è identificabile come uno dei trattamenti prioritari in Oculistica**

# Indicazioni all'intervento chirurgico

- Impedisce lo sviluppo della funzione visiva (cataratta congenita);
- Causa deterioramento della qualità della visione;
- Determina il peggioramento o l'impossibilità ad esaminare o interferisce con il trattamento di altre patologie oculari (es. glaucoma facoltico, retinopatia diabetica, maculopatie, etc.).
- I sussidi visivi non permettono al paziente di avere una acuità soddisfacente.

# Valutazione preoperatoria

Il paziente accede all'ambulatorio specialistico ospedaliero dove viene valutata l'indicazione all'intervento chirurgico; scopo della valutazione pre-operatoria è la definizione della diagnosi di cataratta, la presenza di patologie associate, e la valutazione dei benefici ottenibili con l'intervento chirurgico.



# Valutazione preoperatoria

**E' inoltre indispensabile quantificare nel complesso il rapporto rischio-beneficio ed informarne il paziente. Una volta operato il primo occhio è utile procedere all'intervento del secondo occhio catarattoso, al fine di ripristinare una buona visione binoculare.**



# Valutazione preoperatoria

## Valutazione oftalmologica:

- Anamnesi accurata
- Esame obiettivo esterno
- Esame oftalmologico completo
- Biometria (att. precedente chirurgia refrattiva)
- Ulteriori accertamenti diagnostici in casi particolari (microscopia endoteliale), etc.



# **Il calcolo della IOL**

**Obiettivo della chirurgia della cataratta è la correzione dell'afachia con una lente intraoculare che soddisfi la richiesta e le aspettative del paziente, relativamente al suo vizio refrattivo post-operatorio**

# Errore

**Nel 5-10% dei casi margine di errore di più di 2 diottrie**

**Ragionevole l'eventuale errore refrattivo di valore contenuto entro un equivalente sferico di 1 diottria**

**Comunicare sempre al paziente  
l'impossibilità del risultato emmetropico  
o desiderato, certo.**

**E' chiaro infatti che il risultato refrattivo  
è ottenibile solo per successive  
approssimazioni, con possibilità di  
imprecisioni ad ogni passaggio.**

# Valutazione preoperatoria

- **Valutazione clinica: esami ematochimici, Rx torace (quando richiesta), ECG e, se necessario, visita cardiologica, esami specialistici, interazioni.**
- **Valutazione anestesiológica: ASA I, ASA II, ASA III, ASA IV: definizione di paziente a rischio.**



# Valutazione preoperatoria

**E' opportuno che l'intervallo tra l'esecuzione degli esami sopracitati e l'intervento sia il più breve possibile.**

**In caso di indicazione e di idoneità all'intervento si dà adeguata informazione scritta al paziente e gli si sottopone per la firma il modulo di consenso informato secondo le norme vigenti nel rispetto della Good Clinical Practice.**

# La responsabilità dell'infermiere professionale

- La responsabilità dell'infermiere può riguardare essenzialmente tre profili:
  - a) l'area della malpratica nell'esercizio professionale – (la colpa professionale);
  - b) l'area della violazione dell'autonomia e della libertà del paziente rispetto alle cure da praticare (il consenso informato);
  - c) l'area della gestione corretta dei dati del paziente – (la privacy)

# **Informazione**

## **Requisiti generali**

- **Come deve essere**
- **Cosa concerne**
- **A chi spetta**
- **Chi deve informare**

# **Informazione**

## **Come deve essere**

**Comprensibile al paziente,  
adeguata al suo livello di  
cultura, di emotività, di  
discernimento.**

**Quindi: semplice,  
personalizzata, esauriente,  
veritiera.**

# **Informazione**

## **Cosa concerne**

**L'informazione deve riguardare tutte le fasi dell'assistenza, essere completa circa le caratteristiche dell'intervento e le modalità di esecuzione, i suoi benefici ed i rischi potenziali, nonché le procedure anestesologiche adeguate e le alternative praticabili**

# **Informazione**

## **A chi spetta**

- **All'interessato, cioè al paziente**
- **No ai parenti solo, e non all'interessato**
- **Sì ai parenti, solo con il consenso scritto dell'interessato**
- **Se incapace (minore o interdetto) genitori entrambi o tutore.**

**In ogni modo verificare la loro capacità di comprensione e dare loro una informazione nei limiti e con le modalità più adatte a favorire una loro presa di coscienza**

# Consenso Informato

## Requisiti generali

- Prassi costante da richiedere ai pazienti
- Specifico per quell'atto
- Del soggetto legittimato o dei legali rappresentanti (volontà diretta dell'interessato, quando possibile)
- In forma scritta o orale
- Consenso (scritto) per ogni pratica invasiva, si tratti di intervento chirurgico diagnostico o terapeutico ovvero di terapia medica suscettibile di produrre sofferenze o complicanze

# Consenso Informato

## Requisiti generali

- Chi lo esprime deve essere capace di intendere e di volere
- L'informazione deve essere: completa, veritiera, comprensibile, compresa
- Deve essere: consapevole, personale, esplicito, specifico, informato, immune da vizi
- Può essere revocata in qualsiasi momento
- Non valido se diretto a danneggiare la vita o l'integrità fisica

# Organizzazione del ricovero

L'intervento viene eseguito di regola in regime di day surgery (o in ricovero di un giorno).

L'intervento in regime ambulatoriale viene eseguito in quei pazienti con supporto socio-familiare in grado di dare le necessarie garanzie di collaborazione a patto che non vi siano in atto patologie sistemiche non controllate.

# Organizzazione del ricovero

**Il ricorso al ricovero ordinario di più giorni è giustificato da problemi clinici o sociali del paziente, sempre esplicitate e documentate in cartella, quali ad esempio: gravi difficoltà di deambulazione, patologie generali gravi, insorgenza di complicanze peri-operatorie, assenza di adeguato supporto assistenziale a domicilio.**

# **Modalità del ricovero**

**Il paziente viene accolto in reparto e viene compilata la cartella clinica con le indicazioni terapeutiche per via orale, parenterale e topica. Occorre fare in modo che il paziente osservi le regole di igiene personale basilari che devono essere verificate dal personale infermieristico. Viene effettuata profilassi antibiotica secondo i protocolli standard per il tipo di intervento e le patologie associate eventuali.**

**segue**

# **Modalità del ricovero**

**Viene , se richiesto, effettuato il taglio delle ciglia dell'occhio da operare ed applicato sempre un bollino rosso identificativo sulla fronte dal lato dell'occhio da operare. Viene indotta midriasi farmacologica nell'occhio da operare prima dell'intervento secondo protocollo. Il paziente viene trasferito all'astanteria della sala operatoria munito di cuffia, camicia e calzari.**

# Preparazione del paziente

- **Cartella clinica e infermieristica**
- **Obblighi del medico e dell'infermiere**
- **Reati**
- **Aspetti medico-legali**

# **Cartella clinica e infermieristica**

## **Requisiti**

- **Compilazione**
- **Segretezza**
- **Conservazione**
- **Circolazione**

# **Cartella clinica e infermieristica Compilazione**

- **Completa**
- **Veritiera**
- **Chiara**
- **Senza correzioni**

# **Cartella clinica e infermieristica**

## **Compilazione**

- **Sintetica**
- **Di facile consultazione**
- **Autentica**
- **Integra e non modificabile**
- **Allegati**
- **Atto chirurgico**
- **Consenso informato all'intervento**
- **Gestione postoperatoria**

# Obblighi del medico e dell'infermiere

- Di riservatezza
- Del segreto professionale
- Di assistenza
- Di protezione
- Deontologici
- Di segnalazione
- Di aggiornamento professionale

# Reati

- Interesse privato in atti di ufficio
- Omissione in atti di ufficio (mancata compilazione)( art. 328 c.p.)
- Comparaggio
- Inottemperanza ai doveri amministrativi (omessa adozione di misure necessarie alla sicurezza dei dati, D.L. 30/06/2003, n. 996)
- Falso ideologico (compilazione non veritiera, art. 479 c.p.)
- Falso materiale in atto pubblico (correzione postuma, art. 476 c.p.)

# **Composizione del team operatorio**

**La composizione minima in sala operatoria è costituita da un chirurgo, da un assistente chirurgo, e da almeno due unità (strumentisti), che effettuano assistenza all'intervento. La presenza di un anestesista durante tutto l'intervento generalmente viene richiesta.**

# **Tecnica chirurgica, anestesiologica e monitoraggio operatorio**

**Vengono adottate misure di profilassi antisettica durante tutto il corso della procedura. Lo strumentista controlla la sterilità dei ferri chirurgici e dello strumentario monouso, che viene documentata. Si instilla nel sacco congiuntivale una goccia di collirio anestetico locale**

**segue**

# **Tecnica chirurgica, anestesiologica e monitoraggio operatorio**

**Il chirurgo, dopo aver verificato in cartella clinica e con richiesta al paziente l'occhio da operare, contrassegnato da un bollino adesivo rosso applicato in reparto, disinfetta la palpebra con iodopovidone 5%. Si effettua anestesia con farmaci decisi di volta in volta dal chirurgo, salvo casi ove vi sia indicazione per l'anestesia generale.**

# **Anestesia nella chirurgia della cataratta**

- **Di semplice esecuzione**
- **Raggiunge il silenzio oculare**
- **Di massima sicurezza**
- **Non irritante**
- **Non produce dolore**
- **Non neurotossica**
- **Non tossica**

# **Anestesia nella chirurgia della cataratta**

- **Criteri di scelta: di ordine medico e/o chirurgico, condizioni del paziente, orientamento del chirurgo, orientamento del paziente.**

# **Anestesia nella chirurgia della cataratta**

- **Assistenza anestesiologicala pre e  
intraoperatoria:  
SI, NO, ASPETTI MEDICO LEGALI**

# Anestesia nella chirurgia della cataratta

- Loco-regionale
- Topica
- Intracamerale
- Sottotenoniana
- Generale
- Maschera laringea

# **Tecnica chirurgica, anestesiologica e monitoraggio operatorio**

**Il chirurgo controlla il potere diottrico del cristallino artificiale da impiantare, in accordo con la biometria effettuata e presente in cartella. L'intervento di asportazione del cristallino catarattoso avviene con tecnica a scelta del chirurgo (in genere facoemulsificazione, raramente con la tecnica della estrazione extra-capsulare), e con impianto di protesi artificiale, i cui estremi vengono registrati sul referto operatorio.**

# **Tecnica chirurgica, anestesiologica e monitoraggio operatorio**

**Al termine dell'intervento viene compilata la scheda del registro operatorio con indicati nome, cognome e data di nascita del paziente, numero della cartella clinica, data dell'intervento, tipo di intervento e rispettivo codice, orari di inizio e fine dello stesso, diagnosi pre e postoperatoria, nome del chirurgo e dell'eventuale assistente, nome dello strumentista, dell'anestesista.**

# **Tecnica chirurgica, anestesiologica e monitoraggio operatorio**

**Viene inoltre inclusa l'indicazione  
del codice del set di strumenti e  
del codice del facoemulsificatore  
utilizzati e viene applicata  
l'etichetta di riconoscimento della  
lentina intraoculare impiantata.**

**segue**

# **Tecnica chirurgica, anestesiologica e monitoraggio operatorio**

**Viene apposta la firma del chirurgo. Inoltre viene compilata una scheda di procedura operatoria, contenente anche eventuali complicazioni intraoperatorie, che viene allegata alla cartella. Viene allegata la scheda anestesiologica completa di tutti i dati ad essa afferenti; la scheda infermieristica intraoperatoria viene archiviata in sala operatoria.**

# Facoemulsificazione

Strumentazione: facoemulsificatori



A pompa peristaltica



A pompa Venturi

# Facoemulsificazione

- Tecnica:**
- tunnel
  - apertura di servizio
  - capsuloressi
  - tecniche di nucleo-frattura
  - aspirazione residui corticali
  - impianto di lente intraoculare (morbida-rigida)
  - sostanze viscoelastiche
  - sutura (si o no)

# **Dimissioni. Terapia postoperatoria**

**Alla fine dell'intervento il paziente viene riportato in reparto.**

**L'infermiera verifica le condizioni generali, viene eliminato il digiuno. Vengono instillati colliri antibiotici ed antiinfiammatori nei giorni successivi all'intervento, secondo protocollo, per la profilassi delle endoftalmiti. Viene effettuata visita oculistica precedente la dimissione.**

# **Dimissioni. Terapia postoperatoria**

**Il paziente viene dimesso in condizioni cliniche stabili; al fine di garantire condizioni di sicurezza e una completa informazione vengono fornite:**

- lettera di dimissione per il medico curante. Vengono riportati data, tipo di intervento e terapia post-chirurgica. Viene applicata etichetta di riconoscimento della lente impiantata.**
- istruzioni per la medicazione, la terapia e la protezione dell'occhio.**

**segue**

# **Dimissioni. Terapia postoperatoria**

- **avvertenze sui segni e sintomi cui prestare attenzione al fine di ricorrere tempestivamente alle cure del caso, e precauzioni da seguire.**
- **appuntamento per la prima visita di controllo entro le successive 24 ore**
- **numero di telefono a cui rivolgersi in caso di necessità**

# Prestazioni post ricovero

**Prima visita in caso di day surgery entro 24 ore dall'intervento, seconda visita entro 7-10 giorni.**

**In caso di intervento in regime di ricovero viene effettuata visita di controllo entro 7 giorni dall'intervento.**

**La frequenza delle visite post-operatorie si basa sul risultato della chirurgia, e perciò lo schema sopra descritto è suscettibile di variazioni in relazione a possibili complicanze del decorso.**

# **Infezioni post-chirurgiche**

## **Definizione**

**Infezioni nosocomiali contratte da ricoverati chirurgici che non sono né manifeste né in atto al momento del ricovero, ma che si manifestano durante o dopo il ricovero e che sono determinate dall'atto chirurgico (L. Checcacci et al.)**

# Endoftalmiti postchirurgiche

**Motivi per cui l'ospedale costituisce un rischio:**

- **concentrazione in uno stesso luogo**
- **svolgimento di attività favorenti la trasmissione di agenti patogeni**
- **sviluppo di ceppi di micro-organismi resistenti**

# **Endoftalmiti postchirurgiche**

## **Sorgenti di infezione**

- **il film lacrimale e gli annessi oculari**
- **la flora respiratoria del chirurgo e degli assistenti**
- **gli strumenti ed i materiali chirurgici (incluse le lenti intraoculari e le cornee dei donatori)**
- **le soluzioni ed i medicamenti (particolarmente le soluzioni per l'irrigazione intraoculare)**
- **l'aria dell'ambiente**

# Endoftalmiti postchirurgiche

## Veicoli del contagio

- Ricoverati
- Personale sanitario
- Visitatori
- Alimenti
- Acqua potabile
- Farmaci
- Materiale medico-chirurgico
- Biancheria
- Suppellettili
- Vettori animali (mosche, etc.)

# Endoftalmiti postchirurgiche

Ognuno di questi elementi può essere responsabile da solo o in associazione ad altri: ne scaturisce quasi sempre una responsabilità di gruppo.

**CHI E' COINVOLTO?**

# L'EPOCA

- **Pre-operatorio**
- **Peri-operatorio**
- **Post-operatorio**

# GLI OPERATORI

- **Oftalmologo**
- **Anestesista**
- **Strumentista**
- **Infermieri**

# **Endoftalmiti postchirurgiche**

## **Aspetti medico-legali**

**L'attribuzione di una  
responsabilità nella genesi di  
un'infezione postchirurgica  
presuppone l'identificazione  
della fonte del contagio.**

# **Endoftalmiti postchirurgiche**

## **Aspetti medico-legali**

- **Concomitanza di altri casi**
- **Contatti del paziente e sua condotta prima, durante e dopo l'intervento**
- **Condizioni strutturali degli ambienti ospedalieri**
- **Misure di asepsi/antisepsi ambientale umana e strumentale nelle varie fasi del processo di cura**
- **Modalità di esecuzione dell'atto chirurgico**

# Controllo di qualità

**Monitoraggio dell'attività: le cartelle cliniche e le procedure di ammissione, cura e dimissione dei pazienti vengono ricontrollate e archiviate.**

**Monitoraggio delle complicanze: numero e tipologia delle complicanze intra-operatorie, di quelle che hanno richiesto un nuovo ricovero dopo la dimissione, in conseguenza dell'intervento, come pure le complicanze tardive, vengono annotate ed archiviate su apposito registro.**

**Viene compilato un rapporto annuale che riassume i dati monitorati.**

# Attività oftalmologica ambulatoriale

- **Attività chirurgica ambulatoriale “aumenta l’esposizione giudiziaria”**
- **Attività medica e diagnostica ambulatoriale “aumenta l’esposizione giudiziaria”**
  - Visite incomplete
  - Mancata documentazione clinica
  - Assenza consenso informato
  - Errore diagnostico
  - Trattamenti invasivi

# **Attività terapeutiche ambulatoriali potenzialmente pericolose**

- **Chirurgia refrattiva**
- **Iniezioni sottocongiuntivali, epibulbari, retrobulbari**
- **Infiltrazioni con tossina botulinica**
- **Trattamenti laser (argon, Yag, fotodinamica)**
- **Rimozione di corpi estranei**
- **Somministrazione di farmaci topici**

# **Non solo consenso informato nell'attività ambulatoriale**

- **Documentazione clinica con data della visita, annotazioni esaurienti, prescrizione e firma di chi ha eseguito la prestazione**
- **Consenso informato scritto per tutto ciò che è invasivo**
- **Informazione orale e consenso per ogni atto medico: “ora le misuro la pressione dell'occhio, ora le dilato la pupilla per guardare la retina etc”**
- **Non essere mai soli (testimoni sia nella fase dell'informazione che in quelle operative)**

**Dobbiamo cercare di costruire un sistema  
che renda facile fare le cose giuste e  
difficile fare quelle sbagliate**

**J.C.Misson**

**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**



SOCIETA' ITALIANA DI OFTALMOLOGIA LEGALE

**Consiglio Direttivo**

**Presidente**  
D. Spinelli  
*Milano*

**Vice Presidenti**  
G. Calabria  
*Genova*  
G. Lucente  
*Roma*

**Segretario/Tesoriere**  
F. Cruciani  
*Roma*

**Consiglieri**  
R. Grenza  
*Roma*  
L. Papi  
*Pisa*  
F. Marmo  
*Roma*  
D. Rodriguez  
*Ancona*  
G. Liguori  
*Napoli*

**Revisori**  
V. Benedetti  
*Verona*  
S. Gambaro  
*Milano*  
A. D'Isanto  
*Milano*

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

CORRISPONDENZA

Società Italiana di Oftalmologia Legale - [www.ofthalmologialegale.it](http://www.ofthalmologialegale.it)

**D. Spinelli:** S.C. di Oculistica Istituti Clinici di Perfezionamento - Via Commedia 10 - 20122 Milano  
Tel. 0257992544 - Fax 0257992808

**F. Cruciani:** Dipartimento di Scienze Oftalmologiche - Università La Sapienza Policlinico Umberto I  
Viale del Policlinico - 00161 Roma - Tel. 0649975364 - Fax 0649975304