

## Deliberazione N. 0001295 del 04/09/2023

Struttura Proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000614 del 23/08/2023

**Oggetto:**

ADOZIONE DELLA CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE A PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE INTERVENTISTICHE INVASIVE

**IL DIRETTORE GENERALE (\*)**  
**Narciso Mostarda**

L'Estensore: **Antonio Silvestri**

Data 23/08/2023

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Antonio Silvestri**

Data 23/08/2023

Il Direttore della Struttura Proponente: **Antonio Silvestri**

Data 23/08/2023

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **f.f. Francesca Puglia**

Data 23/08/2023

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **Paola Longo**

Data 23/08/2023

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 24/08/2023

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: 6444846741db720c3b83262ff1b94dfb999d3cd032f65f9360971b98be3ffe59

(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

## IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

### VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale “UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management” nell’ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;
- la deliberazione aziendale n. 1368 del 11/10/2019 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2019 fino al 13/04/2022;
- la deliberazione aziendale n. 0925 del 13/06/2022 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2022 fino al 13/04/2027;

### CONSIDERATO

che le procedure diagnostico-terapeutiche interventistiche invasive, con particolare riferimento alla radiologia interventistica, la cardiologia interventistica e l’emodinamica strutturata possono rappresentare un potenziale rischio clinico per i pazienti per i quali le suddette procedure si rendano necessarie;

### RITENUTO

necessario procedere alla redazione di una checklist per la sicurezza del paziente da sottoporre a procedure diagnostico-terapeutiche interventistiche invasive;

### DATO ATTO

che si è proceduto ad istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare con il preciso mandato di elaborare una checklist aziendale per la messa in sicurezza delle suddette procedure, che costituirà peraltro parte integrante della cartella clinica;

### DATO ATTO

che nel caso specifico il gruppo di lavoro risulta così composto:

- Staff di Coordinamento: Dott. Antonio Silvestri, Risk Manager; CPSI Roberto Locci, PO Best Practices;
- Coordinatore Clinico: Dott. Roberto Cianni, Direttore UOC Radiologia Interventistica;
- Componenti:
  - CPSE Monia Leti, Coordinatore Infermieristico UOC Radiologia Interventistica;
  - CPSI Marco Mastrucci, UOSD Qualità e Risk Management;
  - CPSE Maurizio Pierobon, Coordinatore Tecnico UOC Radiologia Interventistica;
  - CPSE Monica Tocci, Coordinatore Infermieristico UOC Neuroradiologia;
  - CPSE Barbara Tolli, Coordinatore Infermieristico UOS Cardiologia Interventistica;

**CONSIDERATO** che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l'assetto organizzativo dell'Azienda sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità;

**VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

### **PROPONE**

- di approvare l'adozione della checklist per la sicurezza del paziente da sottoporre a procedure diagnostico-terapeutiche interventistiche invasive;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il documento ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITÀ, CERTIFICAZIONE E  
SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT  
(Dott. Antonio Silvestri o suo sostituto)**

**IL DIRETTORE GENERALE**

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;
- LETTA** la proposta di delibera, “Adozione della checklist per la sicurezza del paziente da sottoporre a procedure diagnostico-terapeutiche interventistiche invasive” presentata dal Direttore della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare l'adozione della checklist per la sicurezza del paziente da sottoporre a procedure diagnostico-terapeutiche interventistiche invasive;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il documento ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*(Dr. Narciso Mostarda o suo sostituto)*

# **CHECKLIST**

## **PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NELLE PROCEDURE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICHE INTERVENTISTICHE INVASIVE**

**LA CHECKLIST, CORRETTAMENTE COMPILATA E FIRMATA,  
DEVE ESSERE INSERITA NELLA CARTELLA CLINICA COME PARTE  
INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE**

**Atti pre-procedura invasiva UO:** \_\_\_\_\_ **Data...../...../..... h.....**

**IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**

**I**

Nome \_\_\_\_\_ Data Intervento \_\_\_\_\_ RAD \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Letto N. \_\_\_\_\_  
 Sesso  M  F Dispositivi impiantati SI  NO   
 Data Nascita \_\_\_\_\_ Portatore di Protesi SI  NO   
 Lingua \_\_\_\_\_ Antiaggreganti SI  NO

**Diagnosi**

**Tipo di intervento**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO**

**M**

Intervento  Anestesia  Anestesia Locale  
 Urgenza  Consenso a dare informazioni a :

**CONTROLLI PER LA SICUREZZA**

Documentazione Sanitaria  Prescrizione antibiotico profilassi  
 Contrassegno Sito chirurgico N.A.   Prescrizione profilassi ATE N.A.   
 Gruppo sanguigno N.A.  Somministrazione antibiotico SI  NO  N.A.   
 Somministrazione ATE SI  NO  N.A.

Richiesta unità Sangue SI  NO  N.A.  Disponibilità SI  NO  N.A.   
 Emoderivati SI  NO  N.A.  SI  NO  N.A.   
 Predeposito SI  NO  N.A.  SI  NO  N.A.   
 Type & screen SI  NO  N.A.  SI  NO  N.A.

**I**

Preparazione paziente  Diggiuno  Cure igieniche  Pressoterapia  Calze Antitrombo  
 Rimozione protesi dentarie, anelli, smalto, piercing..... Consegnate a \_\_\_\_\_  
 Premedicazioni N.A.   
 Tricotomia N.A.   
 Consegne anestesilogiche

Richiesta posto letto T.I. SI  NO  N.A.  Disponibilità posto letto T.I. SI  NO

Allergie Farmaci  SI  NO Nichel  SI  NO  
 Lattice  SI  NO Altro  SI  NO  
 Anestetici  SI  NO Note: \_\_\_\_\_

**Firma Medico**

**Firma Infermiere**

**Sign In ore** \_\_\_\_\_ →  
 prima della procedura

1) **Il paziente ha confermato:**  
 - identità  SI  NON APPLICABILE  
 - sede di intervento  SI  NON APPLICABILE  
 - procedura  SI  NON APPLICABILE  
 - consensi  SI  NON APPLICABILE  
*(anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)*

2) **Il sito di intervento è stato marcato**  
 SI  NON APPLICABILE

3) **I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati**  
 (ventilatore, flusso O2, Gas, aspiratore)  
 SI  NO  NON APPLICABILE

4) **Controllo e posizionamento del pulsossimetro**  SI  NO

4 a) **Piastra elettrobisturi** Sede.....

**Identificazione dei rischi del paziente**

5) Allergie  SI \_\_\_\_\_  NO

6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione  
 SI  NO

7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (bambino: 7 ml/Kg)

Richiesti Emazie e/o plasma  SI  NO  
 Accesso endovenoso adeguato  SI  NO

8) Normotermia  
 SI  NO  NON APPLICABILE

9) Omeostasi Glicemica  
 SI  NO  NON APPLICABILE

**Sign In:** Medico – Infermiere

→ **Time Out ore** \_\_\_\_\_ →  
 prima dell'inizio della procedura

1) **I nomi e le funzioni dei componenti dell'equipe sono noti a tutti i suoi membri**

2) **Il medico, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:**  
 identità del paziente, sede d'intervento, procedura, corretto posizionamento

**Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:**

3) Medico: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?

4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?

5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?

6) **La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti**  
 SI  NO  NON APPLICABILE

7) Antibiotico somministrato: \_\_\_\_\_

8) Dose: \_\_\_\_\_

9) **Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?**  
 SI  NON APPLICABILE

10) **Normotermia**  
 SI  NO  NON APPLICABILE

**Time Out:** Medico – Anestesista - Infermiere

→ **Sign Out ore** \_\_\_\_\_ →  
 prima che il paziente lasci la Sala Operatoria

**Ottenuta conferma verbale su:**

1) Nome procedura eseguita  SI  NO

2) Correttezza del conteggio finale di strumenti, garze e taglienti  
 SI  NO

3) Corretta etichettatura del campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)  SI  NO

4) Eventuali problemi relativi all'utilizzo di Dispositivi Medici  
 SI  NO

5) Medico, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria  SI  NON APPLICABILE

6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio  
 SI  NO

7) Dose addizionale antibiotico profilassi  SI  NO

8) Normotermia  SI  NO  NON APPLICABILE

**DATI DEL PAZIENTE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

N° scheda RAD/SDO \_\_\_\_\_

DEA - codice GIPSE \_\_\_\_\_

**Sign Out:** Medico – Anestesista - Infermiere

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **intervento in:**  **URGENZA**  **ELEZIONE**

**PROCEDURA ESEGUITA:** \_\_\_\_\_

**Nome e firma coordinatore checklist** \_\_\_\_\_

Cambio Coord. checklist con passaggio di consegne ore: \_\_\_\_.

**Nome e firma 2° Coord. checklist** \_\_\_\_\_

**Nome e firma Medico** \_\_\_\_\_

**Nome e firma Anestesista** \_\_\_\_\_

**Nome e firma Infermiere** \_\_\_\_\_

**TRACCIABILITÀ**

**Conteggio strumentario**

	Inizio	Elementi aggiuntivi				Intermedio	Elementi aggiuntivi				Totale
		+	+	+	+		+	+	+	+	
S	Set										
	Set										
	Set										
	Set										
	Set										
I	Set										
	Set										
	Set										
M	Aghi										
	Taglienti										
	Firma Strumentista										
	Firma Infermiere										
	Firma Medico										

**TRACCIABILITÀ (ETICHETTE)**

**Etichette:** Dispositivi medici, Impianti, Tracciabilità Sterilizzazione etc.

S

I

Firma Infermiere

---

Firma Strumentista

---

**Sala Risveglio**

**Data.../.../..... h.....**

Drenaggi N° Sede Rimossi SI  NO   
 N° Sede Rimossi SI  NO   
 Introduuttori N° Sede Rimossi SI  NO   
 Medicazione Complessiva SI  NO  Note  
 Parametri vitali SI  NO  Note  
 Inserimento nella cartella clinica di:

**I**

Cartella anestesologica con consegna post-operatoria

Referto operatorio

**Documenti tracciabilità** Atto operatorio  scheda anestesia  Altro  \_\_\_\_\_

Terapia antalgica

Terapia post-operatoria

Emotrasfusione

Checklist paziente

Il paziente si presenta: Sveglia  Soporoso  Sedato  Agitato

**M**

Dimissione sala operatoria Medico  Anestesista

**A**

**Firma Infermiere Firma Medico Firma Anestesista Firma Coordinatore checklist**

**Rientro in reparto**

**Data.../.../..... h.....**

Il paziente si presenta: Sveglia  Soporoso  Sedato  Agitato   
 Controllo parametri vitali SI  NO  N.A.   
 Dolore SI  NO  N.A.   
 Terapia antalgica SI  NO  N.A.   
 Vomito SI  NO  N.A.   
 Sangue disponibile SI  NO  N.A.   
 Ossigenoterapia SI  NO  N.A.   
 Controllo medicazione SI  NO  N.A.   
 Controllo medicazione compressiva SI  NO  N.A.   
 Controllo emostasi SI  NO  N.A.   
 Controllo drenaggi SI  NO  N.A.   
 Presenza CVC SI  NO  N.A.   
 Presenza arteria incannulata SI  NO  N.A.   
 Presenza SNG SI  NO  N.A.   
 Presenza CV SI  NO  N.A.   
 Esami di controllo SI  NO  N.A.   
 Terapia infusione SI  NO  N.A.   
 Documenti tracciabilità Atto operatorio  scheda anestesia  Altro

**I**

**Firma Infermiere**

**Legenda:**

<b>M</b>	Medico
<b>A</b>	Anestesista
<b>I</b>	Infermiere
<b>S</b>	Strumentista
<b>TEAM</b>	Equipe Operatoria
<b>N.A.</b>	Non applicabile
<b>TYPE &amp; SCREEN</b>	Tipizzazione e screening anticorpale
<b>ATE</b>	Terapia antitromboembolica

Ogni scheda della checklist indica la figura professionale a cui compete la compilazione di alcune informazioni che la compongono.

**Ogni passaggio della checklist deve poi essere siglato da chi di competenza in modo da chiudere la fase in corso e dare il via alla compilazione dello step successivo.**