

## Deliberazione N. 0000319 del 24/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000314 del 12/02/2026

**Oggetto:**

AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST

**IL DIRETTORE GENERALE (\*)**  
*Angelo Aliquò*

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 16/02/2026

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: **Luca Casertano**

Data 16/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 16/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 17/02/2026

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

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 23/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 23/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: 1bb91463d1c948bca0ac58dabeb5b0422d725148e46a9cf3054b9c0c7dd91f11

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

## IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

### 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. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

### VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

### VISTE

le Raccomandazioni n. 2 e n.3 del Ministero della Salute inerenti, rispettivamente, la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico e la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;

### VISTA

la deliberazione aziendale n.1643 del 01/12/2017 recante oggetto “Recepimento delle Raccomandazioni n. 3 e n. 2, emanate dal Ministero della Salute a Marzo 2008 ed adozione della Procedura Aziendale per l’implementazione delle Raccomandazioni medesime attraverso la checklist per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico”;

### VISTA

la deliberazione aziendale n. 1299 del 04/09/2023 recante oggetto “revisione Ed aggiornamento della checklist aziendale per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico”;

### VISTA

la deliberazione aziendale n. 2000 del 17/12/2024 recante oggetto “Percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura – gestione delle liste di attesa per intervento;

<b>VISTA</b>	la deliberazione aziendale n. 118 del 27/01/2026 recante oggetto “Regolamento generale delle camere operatorie aziendali”;
<b>VISTA</b>	la mappatura del rischio sanitario effettuata dalla Regione Lazio e il relativo audit eseguito in data 11/03/2025;
<b>VISTO</b>	il report inerente la mappatura citata al capoverso precedente inviato all’A.O. S.Camillo Forlainini indicante le azioni di miglioramento attese entro il 28/02/2026
<b>PRESO ATTO</b>	delle osservazioni inerenti la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico contenute nel documento citato ai capoversi precedenti;
<b>RITENUTO OPPORTUNO</b>	modificare le deliberazioni aziendali n. n.1643 del 01/12/2017 e n. 1299 del 04/09/2023 citate ai capoversi precedenti;
<b>VISTO</b>	l’allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, “procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione raccomandazioni Ministero della Salute n. 2 e n. 3 e della checklist” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
<b>CONSIDERATO</b>	che le procedure aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;
<b>VERIFICATO</b>	che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell’Azienda;
<b>ATTESTATO</b>	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 modificare le deliberazioni aziendali n. n.1643 del 01/12/2017 e n. 1299 del 04/09/2023 e, conseguentemente;

di approvare l’allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, “procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione raccomandazioni Ministero della Salute n. 2 e n. 3 e della checklist” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l’attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO  
(Dott. Luca Casertano)**

## 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. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, “aggiornamento della procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione raccomandazioni ministero della salute n. 2 e n. 3 e della checklist” presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- 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 modificare le deliberazioni aziendali n. n.1643 del 01/12/2017 e n. 1299 del 04/09/2023 e, quindi;

di approvare l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, “procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione raccomandazioni Ministero della Salute n. 2 e n. 3 e della checklist” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico 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. Angelo Aliquò)*

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 1 di 37</b>

	<b>Gruppo di Lavoro Aziendale</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Ruolo</b>	<b>Firma</b>
	<b>Coordinatore:</b> Luca Casertano	UOSD Rischio Clinico	Medico	Firmato
	<b>Componenti:</b> Corrado Contarini	CC.OO. Neurochirurgia	Coordinatore Infermieristico	Firmato
	Fabio Del Duca	UOSD Rischio Clinico	Medico	Firmato
	Roberta Delle Fratte	DIPRO	P.O.	Firmato
	Roberto Locci	UOSD Rischio Clinico	P.O.	Firmato
	Marco Mastrucci	UOSD Rischio Clinico	Infermiere	Firmato
	Lucia Mauro	CC.OO BOE	Coordinatrice Infermieristica	Firmato
	Francesco Medici	UOSD Blocchi Operatori	Medico	Firmato

<b>VERIFICA</b>	<b>Dott. Luca Casertano</b> Responsabile UOSD Rischio Clinico	Firmato
<b>APPROVAZIONE</b>	<b>Dott. Gerardo De Carolis</b> Direttore Sanitario Aziendale	Si veda atto deliberativo
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Dott. Angelo Aliquò</b> <b>Direttore Generale</b>	Si veda atto deliberativo

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 2 di 37</b>

<b>Rev.</b>	<b>Data</b>	<b>Causale delle modifiche</b>	<b>Codifica</b>
0.3	03/02/2026	Revisione	A cura del Direttore UOSD Rischio Clinico

<b>TRASMESO IL : 03/02/2026</b>	<b>CODIFICATO IL : 03/02/2026</b>	<b>DISTRIBUITO IL :</b>
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

<b>Lista di distribuzione (I livello)</b>	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 3 di 37</b>

## INDICE

		Pag.
<b>1.0</b>	<b>INTRODUZIONE .....</b>	5
<b>2.0</b>	<b>SCOPO .....</b>	5
<b>3.0</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	6
<b>4.0</b>	<b>RIFERIMENTI .....</b>	6
<b>5.0</b>	<b>DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI .....</b>	6
<b>6.0</b>	<b>MODALITÀ OPERATIVE .....</b>	7
<b>6.1</b>	<b><i>FASE PRE-OPERATORIA</i> .....</b>	7
6.1.1	SCOPO .....	7
6.1.2	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	7
6.1.3	INDICAZIONI OPERATIVE .....	7
6.1.4	RESPONSABILITÀ .....	8
<b>6.2</b>	<b><i>FASE INTRA-OPERATORIA</i> .....</b>	8
6.2.1	SCOPO .....	8
6.2.2	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	12
6.2.3	INDICAZIONI OPERATIVE .....	12

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE        NEL PERCORSO CHIRURGICO:        IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI        MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA        CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del        03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:        PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 4 di 37</b>

6.2.4	RESPONSABILITÀ .....	20
<b>6.3</b>	<b><i>FASE POST-OPERATORIA</i></b> .....	<b>21</b>
6.3.1	SCOPO .....	21
6.3.2	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	21
6.3.3	INDICAZIONI OPERATIVE .....	21
6.3.4	RESPONSABILITÀ SALA RISVEGLIO .....	21
6.3.5	RESPONSABILITÀ RIENTRO IN REPARTO .....	22
<b>7.0</b>	<b>ARCHIVIAZIONE</b> .....	<b>22</b>
<b>8.0</b>	<b>CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE</b> .....	<b>22</b>
<b>11.0</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>23</b>
<b>10.0</b>	<b>ALLEGATI</b> .....	<b>23</b>

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 5 di 37</b>

## 1. INTRODUZIONE

La Chirurgia è uno dei contesti nei quali è necessario garantire elevati livelli di sicurezza.

La sicurezza nel percorso chirurgico si contraddistingue per l'elevata complessità:

- numero di persone e figure professionali coinvolte;
- condizioni cliniche dei pazienti;
- quantità di informazioni richieste;
- urgenza con cui i processi devono essere eseguiti;
- tecnologie di elevato livello;
- molteplicità dei punti critici del processo che possono provocare danno al paziente:

es. identificazione del paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, etc. In ambito internazionale viene data sempre più attenzione alle problematiche relative alla sicurezza del processo chirurgico del paziente, in quanto gli eventi avversi in Chirurgia costituiscono una percentuale rilevante sia nel nostro Paese che in altri paesi europei ed extraeuropei. Le Linee Guida "Guidelines for Safe Surgery", il cui obiettivo è il miglioramento della sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza.

**Sulla base di tali raccomandazioni si è costruita una checklist che controlla tutto il processo chirurgico del paziente dal reparto alla camera operatoria passando per la sala risveglio terminando per il ritorno del paziente in reparto, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi evitabili. Tale strumento sostiene sia i cambiamenti di sistema, sia i cambiamenti dei comportamenti individuali rafforzando gli standard per la sicurezza ed i cambiamenti.**

## 2. SCOPO

Scopo di questa Procedura è:

- portare a conoscenza di tutti gli operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF) l'utilizzo della checklist con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati, nel corso delle procedure chirurgiche, per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.
- prevenire la ritenzione di dispositivi medici, quali garze, strumentario chirurgico, e altro materiale estraneo nel sito chirurgico attraverso una procedura standardizzata e

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 6 di 37</b>

comportamenti omogenei, nonché il miglioramento della comunicazione e della collaborazione all'interno dell'équipe.

- Garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La Procedura deve essere osservata da tutti gli operatori sanitari dell'AOSCF che operano nelle UU.OO di Chirurgia Generale e specialistica, blocchi operatori ed emodinamiche, su tutte le procedure chirurgiche e invasive.

<b>A CHI</b>	TUTTO IL PERSONALE AFFERENTE ALLE AREE CHIRURGICHE
<b>DOVE</b>	IN TUTTI I REPARTI E TUTTE LE CC.OO. DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

### 4. RIFERIMENTI

"Procedura per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico: implementazione della checklist" deliberazione 1643 del 01/12/2017

"Regolamento generale delle camere operatorie aziendali", approvata con Delibera n. 118 del 27/01/2026

Revisione ed aggiornamento della checklist aziendale per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico Deliberazione n. 1299 del 04/09/2023

"Percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura – gestione delle liste di attesa per intervento", approvata con Deliberazione n. 2000 del 17/12/2024

### 5. DEFINIZIONI e ABBREVIAZIONI

C	Chirurgo
A	Anestesista
I	Infermiere
S	Strumentista
TEAM	Equipe Operatoria
N.A.	Non applicabile
TYPE & SCREEN	Tipizzazione e screening anticorpale
ATE	Terapia antitromboembolica

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 7 di 37</b>

## **6. MODALITA' OPERATIVE**

La presente procedura definisce modalità e responsabilità relative al corretto utilizzo della checklist. La checklist compilata e firmata deve essere inserita nella cartella clinica, come parte integrante della documentazione clinica del paziente. L'Applicazione della checklist deve essere accompagnata da una corretta ed esauriente "informazione al paziente ", specificando la sua funzione e l'importanza di tutti i controlli che vengono effettuati.

La checklist prevede tre fasi :

- 1) Fase pre-operatoria
- 2) Fase intra-operatoria
- 3) Fase post-operatoria

### **6.1 FASE PRE-OPERATORIA**

#### **6.1.1 SCOPO**

Dare uno strumento specifico al fine di aumentare la rilevabilità precoce delle deviazioni dal percorso atteso per poter adottare tempestivamente le misure clinico-assistenziali più idonee.

#### **6.1.2 Campo di applicazione**

La fase pre-operatoria deve essere osservata da tutti gli operatori sanitari dell'AOSCF che operano nelle UU.OO di degenza, su tutte le procedure chirurgiche e invasive.

#### **6.1.3 Indicazioni operative**

La checklist include 5 attività svolte dall'infermiere nel reparto di degenza che provvede alla compilazione delle sezioni indicate:

- 1) Identificazione paziente
- 2) Diagnosi e Tipo intervento
- 3) Consenso Informato
- 4) Controlli per la sicurezza

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 8 di 37</b>

#### 6.1.4 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'

<b>AZIONI OPERATORE</b>	<b>Coordinatore UU.OO.</b>	<b>Infermiere</b>	<b>Chirurgo</b>	<b>Anestesista</b>
Compilazione checklist	I	R	C	C
Firma checklist	I	R	I	I
Checklist in cartella clinica	R	C	I	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

## 6.2 FASE INTRA-OPERATORIA

### 6.2.1 SCOPO

Scopo di questa Procedura è portare a conoscenza di tutti gli operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF) le Raccomandazioni contenute nel Manuale della Sicurezza in Sala Operatoria e introdurre l'utilizzo della checklist in sala operatoria con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati, nel corso delle procedure chirurgiche, per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. Queste Raccomandazioni sono riferite a 16 obiettivi specifici, che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei pazienti nel processo peri-operatorio: i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS "Guidelines for Safe Surgery", con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anche con la collaborazione degli esperti del gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 9 di 37</b>

**I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria**

Obiettivo 1	Operare il paziente corretto ed il sito corretto
Obiettivo 2	Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
Obiettivo 3	Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
Obiettivo 4	Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
Obiettivo 5	Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
Obiettivo 6	Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
Obiettivo 7	Controllare e gestire il rischio emorragico
Obiettivo 8	Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia Farmacologica
Obiettivo 9	Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
Obiettivo 10	Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
Obiettivo 11	Prevenire le infezioni del sito chirurgico
Obiettivo 12	Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
Obiettivo 13	Gestire in modo corretto il programma operatorio
Obiettivo 14	Garantire la corretta redazione del registro operatorio
Obiettivo 15	Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
Obiettivo 16	Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 10 di 37</b>

### **Obiettivo 1. Operare il paziente corretto ed il sito corretto**

L'errata identificazione dei pazienti o del sito chirurgico è un evento avverso poco frequente, ma quando si verifica può provocare gravi conseguenze al paziente e compromettere seriamente la fiducia dei cittadini nei confronti dei professionisti e dell'intero sistema sanitario.

### **Obiettivo 2. Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico**

La ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni ai pazienti, quali infezioni, reintervento chirurgico, perforazione intestinale, fistola o ostruzione e morte.

Il conteggio deve essere effettuato per tutte le procedure nelle quali è previsto l'utilizzo di garze ed altri strumenti che potrebbero essere ritenuti all'interno del paziente e dovrebbe essere effettuato nelle seguenti fasi:

1. prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale)
2. durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità
3. prima di chiudere la ferita
4. alla chiusura della cute e al termine della procedura
5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o del chirurgo responsabile dell'équipe.

Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario devono essere effettuati dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento.

- Il conteggio deve essere registrato, con il nome e la qualifica del personale che lo esegue, e specificando chiaramente concordanze o discrepanze del conteggio finale. Tali risultati devono essere chiaramente comunicati a tutti i componenti dell'équipe.

### **Obiettivo 3. Identificare in modo corretto i campioni chirurgici**

La non corretta identificazione dei campioni chirurgici può causare gravi conseguenze ai pazienti e la prevenzione di tali errori è fondamentale per la sicurezza dei pazienti.

Ogni campione (o campioni multipli dello stesso paziente) deve essere accompagnato da una apposita richiesta di esame correttamente compilata.

### **Obiettivo 4. Preparare e posizionare in modo corretto il paziente**

La non corretta preparazione e/o il non corretto posizionamento può causare gravi conseguenze ai Pazienti.

### **Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali**

Un evento avverso prevenibile nel corso delle manovre anestesologiche, quale può essere la disconnessione del ventilatore dal paziente, può avere conseguenze catastrofiche per il paziente, come la morte o un danno cerebrale. La prevenzione degli eventi avversi correlabili all'anestesia viene attuata garantendo un adeguato monitoraggio delle funzioni vitali. Requisito fondamentale per una

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE        NEL PERCORSO CHIRURGICO:        IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI        MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA        CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del        03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:        PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 11 di 37</b>

anestesia sicura è la presenza continua di un anestesista per l'intera durata dell'anestesia e fino al recupero delle condizioni cliniche che consentono la dimissione dal blocco operatorio.

**Obiettivo 6. Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria**

L'inadeguata gestione delle vie aeree, anche a seguito di inadeguata identificazione dei rischi, rappresenta un importante fattore che contribuisce alla morbilità e mortalità evitabile associata all'anestesia.

**Obiettivo 7. Controllare e gestire il rischio emorragico**

La perdita di quantità rilevanti di sangue può provocare gravissime conseguenze ai pazienti chirurgici, in termini di complicanze e mortalità evitabile.

**Obiettivo 8. Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica**

Gli errori in terapia, occorsi in sala operatoria possono avvenire durante la fase di prescrizione, preparazione o somministrazione dei farmaci e possono provocare morte o gravi complicazioni ai pazienti.

**Obiettivo 9. Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio**

La sorveglianza idonea e temporanea da parte di personale medico ed infermieristico specializzato in un'area che può essere la stessa sala operatoria oppure un ambiente adeguato e appositamente attrezzato è necessaria per la sicurezza dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici. La dimissione dall'area di risveglio viene decisa dall'anestesista dopo aver verificato le condizioni del paziente.

**Obiettivo 10. Prevenire il tromboembolismo postoperatorio**

Il tromboembolismo post-operatorio rappresenta un importante problema associato all'assistenza sanitaria, che può causare aumento significativo della mortalità, complicanze e prolungamento della degenza. I pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia generale presentano una prevalenza di trombosi venosa profonda pari al 15-40%, in assenza di profilassi antitrombotica.

**Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico**

Le infezioni del sito chirurgico rappresentano un importante problema della qualità dell'assistenza sanitaria e possono determinare aumento significativo della mortalità, delle complicanze e della degenza ospedaliera

**Obiettivo 12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria**

E' sempre più forte l'evidenza che i fallimenti della comunicazione, quali omissioni di informazioni, errate interpretazioni, conflitti intercorrenti tra i componenti dell'équipe, sono una frequente causa di errori sanitari ed eventi avversi, che possono generare gravi danni ai pazienti, costituendo un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza. Tutte le informazioni riguardanti il paziente chirurgico devono essere registrate nella documentazione sanitaria in modo accurato e completo e devono recare la firma di chi le ha riportate. La documentazione sanitaria, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti: chiarezza, veridicità, contemporaneità, protezione, originalità e tracciabilità. Una volta conclusa la

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 12 di 37</b>

compilazione della documentazione sanitaria, essa non deve essere soggetta a modificazioni o cancellazioni; ogni rettifica, modifica, nota aggiuntiva o correzione deve sempre risultare tracciabile e riportare data, autore e firma. Inoltre, deve essere riportata la motivazione che possa giustificare la correzione da parte dell'autore.

**Obiettivo 13. Gestire in modo corretto il programma operatorio**

La non corretta programmazione degli interventi chirurgici può causare errori o incidenti in sala operatoria e costituire un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

**Obiettivo 14. Garantire la corretta redazione del registro operatorio**

Il Registro operatorio è il verbale ufficiale di ogni intervento chirurgico e per tale ragione costituisce parte integrante e rilevante della documentazione clinica; il RO documenta il numero e le modalità di esecuzione degli interventi chirurgici e di qualunque procedura invasiva eseguita in sala operatoria.

Il primo operatore alla conclusione dell'intervento chirurgico e prima che il paziente venga dimesso dal blocco operatorio redige e firma il registro operatorio.

- La redazione del registro operatorio è un atto pubblico per cui ogni modifica, aggiunta, alterazione o cancellazione di quanto già scritto si configura come falso in atto pubblico.

Nell'ipotesi di una annotazione errata, è possibile redigere l'annotazione corretta, senza cancellare le precedenti scritte, che vanno barrate e firmate.

**Obiettivo 15. Garantire una corretta documentazione anestesilogica**

La non corretta documentazione anestesilogica può causare errori o generare gravi danni ai pazienti e costituisce un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

**Obiettivo 16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria**

I miglioramenti della qualità e della sicurezza in sala operatoria sono associati alla capacità del sistema di valutare i propri successi e insuccessi. L'OMS raccomanda fortemente l'adozione di una lista di indicatori semplici ed essenziali, "vital statistics", per la sorveglianza dell'attività in sala operatoria da utilizzarsi sia a livello delle strutture sanitarie, sia a livello dei professionisti.

**6.2.2 CAMPO DI APPLICAZIONE**

La fase intraoperatoria deve essere applicata da tutti gli operatori sanitari dell'AOSCF che operano nei blocchi operatori ed emodinamiche, su tutte le procedure chirurgiche e invasive. Le raccomandazioni contenute nel presente documento non riguardano i pazienti in età pediatrica e le pazienti ostetriche; tuttavia, ove pertinente, si è ritenuto utile fornire alcune indicazioni specifiche per i pazienti in età pediatrica.

**6.2.3 Indicazioni operative per la checklist in sala operatoria**

La presente procedura definisce modalità e responsabilità relative al corretto utilizzo della checklist per la sicurezza in sala operatoria. La checklist compilata e firmata deve essere inserita nella cartella

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE        NEL PERCORSO CHIRURGICO:        IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI        MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA        CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del        03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:        PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 13 di 37</b>

clinica, come parte integrante della documentazione clinica del paziente. L'Applicazione della checklist deve essere accompagnata da una corretta ed esauriente "informazione al paziente", specificando la sua funzione e l'importanza di tutti i controlli che vengono effettuati.

La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out), 20 item con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare soltanto dopo l'avvenuto controllo.

Le tre fasi del processo sono:

- **SIGN-IN**: si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, con la finalità di prevenire gli errori di identificazione su paziente, sito e/o procedura, ed evidenziare i fattori di rischio del paziente; richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e prevede nove controlli.

- **TIME-OUT**: breve momento di "pausa chirurgica" che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea; richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe comprende dieci controlli.

**SIGN-OUT**: ha l'obiettivo di facilitare l'appropriato trasferimento di informazioni all'équipe e al personale responsabile dell'assistenza al paziente dopo l'intervento. Deve essere completata prima che il paziente abbandoni la sala operatoria; può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica e deve essere completata prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria. Prevede sette controlli.

**Il coordinatore della checklist**

Per migliorare l'implementazione della checklist è indispensabile la designazione di un coordinatore della checklist tra i componenti dell'équipe operatoria, che sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe operatoria e, **soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo**, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item.

A tale scopo andrà predisposto un elenco del personale (REGISTRO DEI COORDINATORI DI CHECKLIST) che ricoprirà, di volta in volta, il ruolo di Coordinatore della checklist. Tale registro sarà custodito dal Coordinatore della sala operatoria. Il coordinatore della checklist rappresenta l'elemento chiave, è colui che si porta al posto giusto al momento giusto e che scandisce le voci della checklist prendendo nota dell'adeguatezza o meno delle risposte da parte di tutti gli operatori coinvolti. L'OMS ed il Ministero Salute suggeriscono di identificare il coordinatore della checklist in un infermiere/a, ostetrico/a di sala operatoria che:

- deve avere piena consapevolezza dell'importanza di quanto sta facendo grazie all'ausilio della checklist;
- deve sapersi porre nel modo adeguato nei confronti del paziente e dei colleghi tutti.

In rapporto all'organizzazione del Blocco Operatorio, è necessario che ci sia un coordinatore della checklist per ogni seduta operatoria: sarà cura del coordinatore della sala operatoria assegnare l'incarico.

**Il coordinatore della checklist non è il coordinatore della sala operatoria.**

È previsto che la maggioranza delle verifiche venga effettuata verbalmente per assicurare che i controlli previsti siano stati eseguiti.

In ciascuna fase è importante creare un ambiente lavorativo che faciliti il compito del coordinatore;

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 14 di 37</b>

l'équipe operatoria deve agevolare il coordinatore nel porre le specifiche domande e fornire le dovute risposte. Una volta compilata, tutti i componenti dell'équipe firmano la checklist ed il coordinatore di checklist la ripone in cartella clinica.

### Le tre fasi della checklist

SIGN-IN		
QUANDO	CHI	COME
Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa alterare le sue funzioni cognitive	Coordinatore della checklist	<p><b>Conferma da parte del paziente di identità, procedura chirurgica, sito e consenso, verifica rimozione braccialetto identificativo (ove presente) e conferma marcatura sito operatorio.</b>                      Deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento ed il sito chirurgico (se il paziente, per la propria condizione clinica o per l'età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione, è necessario coinvolgere i familiari; ove ciò non fosse possibile o in caso di emergenza, l'équipe concorderà che il passaggio non è applicabile);</li> <li>• Verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica, con il consenso all'atto sanitario e, laddove presente, con il braccialetto identificativo;</li> <li>• Verificare che il braccialetto identificativo del paziente, laddove presente, sia stato rimosso o meno;</li> <li>• Confermare la presenza del contrassegno del sito chirurgico (quando la marcatura del sito non è necessaria o nei neonati prematuri, in cui l'utilizzo del pennarello può causare un tatuaggio permanente, va flaggato il quadrato "non applicabile").</li> </ul>
	Coordinatore della checklist/Anestesista	<p><b>Controlli per la sicurezza dell'anestesia ed identificazione rischi</b>                      Devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllare verbalmente che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature);</li> <li>• Controllare verbalmente che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, difficoltà di gestione delle vie aeree, di perdite ematiche.</li> </ul>

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 15 di 37</b>

<b>Sign In ore _____</b> → <i>prima dell'intervento</i>
<b>1) Il paziente ha confermato:</b> - identità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE - sede di intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE - procedura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE - consensi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE ( <i>anestesiologico, chirurgico, emocomponenti</i> )
<b>2) Il sito di intervento è stato marcato</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE
<b>3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati</b> (ventilatore, flusso O2, Gas, aspiratore) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE
<b>4) Controllo e posizionamento del pulsossimetro</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Identificazione dei rischi del paziente</b> 5) Allergie <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO 6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (bambino: 7 ml/Kg) Richiesti Emazie e/o plasma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Accesso endovenoso adeguato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8) Normotermia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE
9) Omeostasi Glicemica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE
<b>Sign In: Anestesista – Infermiere</b>

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE        NEL PERCORSO CHIRURGICO:        IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI        MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA        CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del        03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:        PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 16 di 37</b>

TIME-OUT		
QUANDO	CHI	COME
Dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea	Coordinatore della checklist	<b>Presentazione dell'equipe</b> Chiede ad ogni componente dell'equipe di presentarsi, enunciando il proprio nome ed il proprio ruolo. Se tale presentazione è già avvenuta nel corso della seduta operatoria, può essere sufficiente che ognuno confermi di conoscere tutti gli altri componenti dell'equipe.
	Coordinatore della checklist	<b>Conferma identità, tipo di procedura chirurgica, sede e corretto posizionamento del paziente</b> Chiede all'equipe operatoria di confermare ad alta voce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome del paziente;</li> <li>• Procedura chirurgica;</li> <li>• Sito chirurgico;</li> <li>• Corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato (es.: "siete d'accordo che il nome del paziente è XY, che sta per essere sottoposto ad intervento di...").</li> </ul>
	Coordinatore della checklist	<b>Anticipazione di eventuali criticità</b> Chiede ad ogni componente dell'equipe (chirurgo, anestesista, infermiere) di evidenziare gli eventuali elementi critici del programma operatorio, utilizzando, come guida, le domande della checklist. Esempi di comunicazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgo afferma: "Questo è un intervento di routine di X durata" e successivamente chiede all'anestesista e all'infermiere se ci sono elementi di preoccupazione;</li> <li>• Anestesista risponde: "Non ho particolari preoccupazioni per questo caso";</li> <li>• L'infermiere potrebbe dire: "La sterilità è stata verificata, non ci sono altri elementi di particolare preoccupazione".</li> </ul>
	Coordinatore della checklist	<b>Profilassi antibiotica</b> Il coordinatore chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 30-60 minuti precedenti, chiede quale antibiotico sia stato somministrato e la dose. Il responsabile della somministrazione della profilassi antibiotica deve fornire conferma verbale del tempo di somministrazione e indicare il nome dell'antibiotico e della dose somministrata.
	Coordinatore della checklist	<b>Visualizzazione immagini</b> Chiede al chirurgo se la visualizzazione delle immagini è necessaria per l'intervento; in caso affermativo, conferma che le immagini sono disponibili nella sala e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 17 di 37</b>

<p>—————→ <b>Time Out ore</b> _____ →</p> <p><i>prima dell'incisione della cute</i></p>
<p><input type="checkbox"/> 1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'equipe sono noti a tutti i suoi membri</p>
<p><input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, corretto posizionamento</p>
<p><b>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3) Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?</p>
<p>6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti</p> <p><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO      <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>7) Antibiotico somministrato: _____</p> <p>8) Dose: _____</p>
<p>9) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?</p> <p><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p>
<p>10) Normotermia</p> <p><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO      <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p>
<p><b>Time Out:</b> Chirurgo – Anestesista - Infermiere</p>

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 18 di 37</b>

<b>SIGN-OUT</b>		
<b>QUANDO</b>	<b>CHI</b>	<b>COME</b>
Fine intervento (chiusura ferita chirurgica)	Coordinatore della checklist	<b>Nome della procedura chirurgica registrata</b> Chiede conferma al chirurgo e al resto dell'equipe della procedura effettuata. Ad esempio potrebbe chiedere: "Quale procedura è stata effettuata?" oppure chiedere conferma: "Abbiamo effettuato la procedura X, vero?"
	Coordinatore della checklist	<b>Conteggio finale di garze, taglienti e strumentario chirurgico</b> Chiede conferma dell'avvenuto conteggio di garze e strumentario chirurgico utilizzato. L'infermiere deve confermare a voce alta dell'avvenuto conteggio. Nel caso in cui si verificano discrepanze nel conteggio finale l'equipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente, in modo da poter adottare gli opportuni provvedimenti
	Coordinatore della checklist	<b>Conferma etichettatura campione per esame istologico</b> Chiede che l'infermiere di sala operatoria legga a voce alta i dati anagrafici del paziente e la descrizione dei campioni riportati sulla etichettatura dei campioni chirurgici (ove presenti)
	Coordinatore della checklist	<b>Registrazione degli eventuali problemi manifestatisi con l'utilizzo di Dispositivi Medici</b> Assicura che, qualora siano emersi eventuali problemi nel funzionamento dei DM, questi vengano identificati tramite cartellini che segnalino il malfunzionamento, da applicare sul dispositivo stesso e segnalati al coordinatore infermieristico, in modo da evitare che il DM venga riutilizzato prima che problema sia stato risolto
	Coordinatore della checklist	<b>Revisione degli elementi critici per l'assistenza postoperatoria</b> Conferma che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza postoperatoria del paziente, focalizzando l'attenzione sugli eventuali problemi intra-operatori o anestesiológicos che potrebbero influire negativamente sul decorso postoperatorio. Tali criticità vanno riportate nella documentazione clinica del paziente, ciascuno per la propria area di competenza
	Coordinatore della checklist	<b>Conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso</b> Chiede conferma al chirurgo che sia stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo venoso postoperatorio. Es. mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci



<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 20 di 37</b>

#### 6.2.4 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'

<b>AZIONI          OPERTORE</b>	<b>Coordinatore          e checklist</b>	<b>Coordinatore          sala          operatoria</b>	<b>Chirurgo</b>	<b>Anestesista</b>	<b>Infermiere          strumentista</b>
Compilazione checklist	<b>R</b>	I	C	C	C
Assegnazione del coordinatore della checklist	C	<b>R</b>	I	I	I
Firma checklist	<b>R(*)</b>	I	<b>R(*)</b>	<b>R(*)</b>	<b>R(*)</b>
Checklist in cartella clinica	<b>R</b>	C	I	I	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

(\*): Le regole del Sistema di Gestione della Qualità non ammettono l'assegnazione di **R** multiple per una stessa attività: la checklist di sala operatoria è fra i pochissimi documenti in cui, in funzione delle specifiche competenze professionali delle attività previste, tale evenienza è consentita.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 21 di 37</b>

## 6.3 FASE POST-OPERATORIA

### 6.3.1 SCOPO

Dare uno strumento specifico a tutti gli operatori sanitari coinvolti per aumentare la rilevabilità precoce delle deviazioni dal percorso atteso per poter adottare tempestivamente le misure clinico-assistenziali più idonee.

### 6.3.2 Campo di applicazione

La fase post-operatoria si divide in due sezioni:

- 1) **sala risveglio**  
 deve essere osservata da tutti gli operatori sanitari dell'AOSCF che operano nelle sale operatorie
- 2) **rientro in reparto**  
 deve essere osservata da tutti gli operatori sanitari dell'AOSCF che operano nelle UU.OO. di degenza, su tutte le procedure chirurgiche e invasive.
- 3)

### 6.3.3 Indicazioni operative

La checklist nella prima sezione deve essere compilata dall'infermiere di sala operatoria, ad esclusione della "Dimissione sala operatoria" che sarà a cura del chirurgo e dell'anestesista. Il coordinatore della checklist sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe operatoria e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di firmare la checklist.

### 6.3.4 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA' SALA RISVEGLIO

<b>AZIONI OPERATORE</b>	<b>Coordinatore checklist</b>	<b>Coordinatore sala operatoria</b>	<b>Infermiere Sala</b>	<b>Chirurgo</b>	<b>Anestesista</b>
Compilazione checklist	R	I	C	C	C
Firma checklist	<b>R(*)</b>	I	<b>R(*)</b>	<b>R(*)</b>	<b>R(*)</b>
Checklist in cartella clinica	R	I	C	C	C

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

(\*): Le regole del Sistema di Gestione della Qualità non ammettono l'assegnazione di **R** multiple per una stessa attività: la checklist di sala operatoria è fra i pochissimi documenti in cui, in funzione delle specifiche competenze professionali delle attività previste, tale evenienza è consentita

La checklist nella seconda sezione deve essere compilata dall'infermiere di reparto di degenza.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 22 di 37</b>

### 6.3.5 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA' RIENTRO IN REPARTO

<b>AZIONI OPERATORE</b>	<b>Coordinatore UU.OO.</b>	<b>Infermiere</b>
Compilazione checklist	I	R
Firma checklist	I	R
Checklist in cartella clinica	I	R

### 7. Archiviazione

La presente procedura è trasmessa a tutti i Responsabili delle UU.OO. coinvolte, i quali avranno cura di facilitarne la diffusione e la conoscenza a tutti gli operatori. La presente Raccomandazione deve essere disponibile in forma cartacea presso tutte le UU.OO. coinvolte e presso la Direzione Sanitaria, in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management.

### 8. Criteri e strumenti di valutazione

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Direttore U.O.
Documentazione correttamente archiviata	100%	Coordinatore
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	Coordinatore
<u>N° Checklist correttamente compilate</u> N° interventi eseguiti	100%	DIRETTORE U.O.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 23 di 37</b>

## 9. BIBLIOGRAFIA

Wrong site surgery. Advisory Statement. American Academy of Orthopaedic Surgeons. American Association of Orthopaedic Surgeons January 2004 AAOS On-line Service Wrong-Site Surgery

Correct Site Surgery, Patient Safety Alert, immediate action, 2 march 2005.<http://www.npsa.nhs.uk>

Universal protocol for preventing Wrong site, Wrong procedure, Wrong person surgery.  
[http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E3C600EB-043B-4E86-B04ECA4A89AD5433/0/universal\\_protocol.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E3C600EB-043B-4E86-B04ECA4A89AD5433/0/universal_protocol.pdf)

Correct patient, correct procedure and correct site surgery policy and guidelines.  
 Operational circular Department of Health Government of Western Australia. 31march 2005.

New York State Health Department of Health: Pre-Operative Protocols Panel – Final Report; Albany, February 8, 2001.

Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA. Incidence, Patterns, and Prevention of Wrong-Site Surgery. Arch Surg. 2006;141:353-358

## 10. ALLEGATI

10.1	Checklist per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico
10.2	Checklist per la sicurezza del paziente nelle procedure diagnostico/terapeutiche interventistiche invasive

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 24 di 37</b>



## 10.1 CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO

# CHECKLIST

## PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO

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

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 25 di 37</b>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	<b>CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL          PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO</b>	 <b>REGIONE          LAZIO</b>
---	---	---

**Atti pre-operatori 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**

**C** {  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.

**I** { **Richiesta unità**

Sangue	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	Disponibilità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
Emoderivati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
Predeposito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
Type & screen	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>

**Preparazione paziente**

Digiuno  Cure igieniche  Pressoterapia  Calze Antitrombo  
 Rimozione protesi dentarie, anelli, smalto, piercing..... Consegnate a \_\_\_\_\_  
 Premedicazioni N.A.   
 Tricotomia N.A.   
 Consegne anestesiolgiche

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

**Allergie**

Farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nichel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lattice	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anestetici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note:	_____

Firma Chirurgo

Firma Infermiere



**Procedura Generale**

**Cod. Doc.:**  
**PG/901/S0DS25/26/06**

**PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE  
 NEL PERCORSO CHIRURGICO:  
 IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI  
 MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA  
 CHECKLIST**

**Rev. 0.3 del  
 03/02/2026**

**Pag. 26 di 37**

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	<b>CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE                  NEL PERCORSO CHIRURGICO</b>	 REGIONE LAZIO
<p><b>Sign In ore</b> _____</p> <p><i>prima dell'intervento</i></p> <p>1) Il paziente ha confermato:                  - identità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  - sede di intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  - procedura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  - consensi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)</p> <p>2) Il sito di intervento è stato marcato  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati                  (ventilatore, flusso O2, Gas, aspiratore)  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>4) Controllo e posizionamento del pulsossimetro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4 a) Piastra elettrocardiografica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Identificazione dei rischi del paziente</p> <p>5) Allergie <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7) Rischio di perdita ematica &gt; 500 ml (bambino: 7 ml/Kg)                  Richiedi Emazie e/o plasma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                  Accesso endovenoso adeguato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8) Normotermia  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>9) Omeostasi Glicemica  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p><b>Sign In:</b> Anestesista - Infermiere</p>	<p><b>Time Out ore</b> _____</p> <p><i>prima dell'incisione della cute</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'equipe sono noti a tutti i suoi membri</p> <p><input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, corretto posizionamento</p> <p><b>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3) Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?</p> <p>6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>7) Antibiotico somministrato: _____</p> <p>8) Dose: _____</p> <p>9) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>10) Normotermia  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p><b>Time Out:</b> Chirurgo - Anestesista - Infermiere</p>	<p><b>Sign Out ore</b> _____</p> <p><i>prima che il paziente lasci la Sala Operatoria</i></p> <p>Ottenuta conferma verbale su:</p> <p>1) Nome procedura eseguita <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2) Correttezza del conteggio finale di strumenti, garze e tagliandi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3) Corretta etichettatura del campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4) Eventuali problemi relativi all'utilizzo di Dispositivi Medici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7) Dose addizionale antibiotico/profilassi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8) Normotermia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p><b>DATI DEL PAZIENTE</b></p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Data di nascita _____</p> <p>N° scheda RAD/SIDO _____</p> <p>DEA - codice GIPSE _____</p> <p><b>Sign Out:</b> Chirurgo - Anestesista - Infermiere</p>
<p><b>DATA:</b> _____ <b>Intervento in:</b> <input type="checkbox"/> URGENZA <input type="checkbox"/> ELEZIONE</p> <p><b>PROCEDURA ESEGUITA:</b> _____</p> <p><b>Nome e firma coordinatore checklist</b> _____</p> <p>Cambio Coord. checklist con passaggio di consegne ore: _____</p> <p><b>Nome e firma 2° Coord. checklist</b> _____</p>		

**Procedura Generale**

---

**Cod. Doc.:**  
**PG/901/S0DS25/26/06**

**PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE  
 NEL PERCORSO CHIRURGICO:  
 IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI  
 MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA  
 CHECKLIST**

**Rev. 0.3 del  
 03/02/2026**

---

**Pag. 27 di 37**

 <p><b>AZIENDA OSPEDALIERA          SAN CAMILLO FORLANINI</b></p>	 <p><b>REGIONE          LAZIO</b></p>
<p><b>CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO</b></p>	

**TRACCIABILITÀ**

	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale	
	Inizio	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
<b>Conteggio garze</b>												
Laparotomiche												
Garze 10x10												
Garze 5x5												
Tamponcini												
Lunghette												
Firma Strumentista												
Firma Infermiere												
Firma Chirurgo												



S
I
C

*Nota: la verifica intermedia viene effettuata nelle situazioni indicate nella raccomandazione ministeriale relativa alla ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e tenendo conto della tipologia di intervento in corso.*

	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale	
	Inizio	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
<b>Conteggio strumentario</b>												
Set												
Set												
Set												
Set												
Aghi												
Taglienti												
Firma Strumentista												
Firma Infermiere												
Firma Chirurgo												

S
I
C

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 28 di 37</b>

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> <b>AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</b>	<b>CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
--	--	--

**TRACCIABILITÀ (ETICHETTE)**

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

S  
I



Firma Infermiere

---

Firma Strumentista

---

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 29 di 37</b>

	<b>CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL          PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO</b>	
---	---	---

**Sala Risveglio** Data...../...../..... h.....

Drenaggi N° Sede  
N° Sede  
N° Sede

Corretto funzionamento SI  NO  Note

Parametri vitali SI  NO  Note

Inserimento nella cartella clinica di:

**I** Cartella anestesiologicala 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: Sveglio  Soporoso  Sedato  Agitato

**C** Dimissione dal Blocco Operatorio → **REPARTO (Chirurgo)**  → **TERAPIA INTENSIVA (Anestesista)**

**A**

Firma Infermiere
Firma Chirurgo
Firma Anestesista
Firma Coordinatore Checklist

**Rientro in reparto** Data.../.../..... h.....

Il paziente si presenta: Sveglio  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.

**I** 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

Firma Infermiere \_\_\_\_\_

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 30 di 37</b>

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> <b>AZIENDA OSPEDALIERA          SAN CAMILLO FORLANINI</b>	<b>CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL          PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO</b>	 <b>REGIONE          LAZIO</b>
---	---	---

**Legenda:**

<b>C</b>	Chirurgo
<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.

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 31 di 37</b>



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

# **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**

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 32 di 37</b>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	<b>CHECKLIST PROCEDURE DIAGNOSTICO          /TERAPEUTICHE INTERVENTISTICHE INVASIVE</b>	 <b>REGIONE          LAZIO</b>
---	---	---

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

**IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**

I	Nome _____	Data Intervento _____	RAD _____
	Cognome _____	Letto N. _____	
	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dispositivi impiantati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Data Nascita _____	Portatore di Protesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Lingua _____	Antiaggreganti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Diagnosi**

**Tipo di intervento**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**CONSENSO INFORMATO**

Intervento     Anestesia     Anestesia Locale  
 Urgenza     Consenso a dare informazioni a :

**CONTROLLI PER LA SICUREZZA**

<input type="checkbox"/> Documentazione Sanitaria	<input type="checkbox"/> Prescrizione antibiotico profilassi
<input type="checkbox"/> Contrassegno Sito chirurgico    N.A. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prescrizione profilassi ATE    N.A. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gruppo sanguigno    N.A. <input type="checkbox"/>	Somministrazione antibiotico    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>
	Somministrazione ATE    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>

Richiesta unità	Sangue	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	Disponibilità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
	Emoderivati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
	Predeposito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
	Type & screen	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>

Preparazione paziente

Digiuno     Cure igieniche     Pressoterapia     Calze Antitrombo

Rimozione protesi dentarie, anelli, smalto, piercing.....    Consegnate a \_\_\_\_\_

Premedicazioni    N.A.

Tricotomia    N.A.

Consegne anestesiolgiche

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

Allergie	Farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Nichel	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Anestetici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Note:	_____	

Firma Medico

Firma Infermiere



**Procedura Generale**

**Cod. Doc.:**  
**PG/901/S0DS25/26/06**

**PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE  
 NEL PERCORSO CHIRURGICO:  
 IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI  
 MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA  
 CHECKLIST**

**Rev. 0.3 del  
 03/02/2026**

**Pag. 33 di 37**

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	<b>CHECKLIST PROCEDURE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICHE                  INTERVENTISTICHE INVASIVE</b>	 REGIONE LAZIO
<p><b>Sign In ore</b> _____ prima della procedura</p> <p>1) Il paziente ha confermato:                  - identità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  - sede di intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  - procedura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  - consensi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE                  (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)</p> <p>2) Il sito di intervento è stato marcato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati (ventilatore, flusso O2, Gas, aspiratore) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>4) Controllo e posizionamento del pulsossimetro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4 a) Piastra elettrolituri Sodio.....</p> <p>5) Allergie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6) Difficoltà di gestione delle vie aeree e rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7) Rischio di perdita ematica &gt; 500 ml (bambino: 7 ml/Kg)                  Richiesti Emazie e/o plasma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                  Accesso endovenoso adeguato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8) Normotermia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>9) Omeostasi glicemica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p><b>Sign In:</b> Medico - Infermiere</p>	<p><b>Time Out ora</b> _____ prima dell'inizio della procedura</p> <p><input type="checkbox"/> 1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'equipe sono noti a tutti i suoi membri</p> <p><input type="checkbox"/> 2) Il medico, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, corretto posizionamento</p> <p><b>Anticipazione di eventuali difficoltà o preoccupazioni:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3) Medico: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?</p> <p>6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>7) Antibiotico somministrato: _____</p> <p>8) Dose: _____</p> <p>9) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>10) Normotermia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p><b>Time Out:</b> Medico - Anestesista - Infermiere</p>	<p><b>Sign Out ore</b> _____ prima che il paziente lasci la Sala Operatoria</p> <p><b>Ottenuta conferma verbale su:</b></p> <p>1) Nome procedura eseguita <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2) Correttezza del conteggio finale di strumenti, pezzi e taglianti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3) Corretta etichettatura del campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4) Eventuali problemi relativi all'utilizzo di Dispositivi Medici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>5) Medico, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p>6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7) Dose addizionale antibiotico/profilassi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8) Normotermia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE</p> <p><b>DATI DEL PAZIENTE</b></p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Data di nascita _____</p> <p>N° scheda RAD/SDO _____</p> <p>DEA - codice GIPSE _____</p> <p><b>Sign Out:</b> Medico - Anestesista - Infermiere</p>
<p><b>DATA:</b> _____ <b>intervento in:</b> <input type="checkbox"/> URGENZA <input type="checkbox"/> ELEZIONE</p> <p><b>PROCEDURA ESEGUITA:</b> _____</p> <p><b>Nome e firma coordinatore checklist</b> _____</p> <p>Cambio Coord. checklist con passaggio di consegne ore: _____</p> <p><b>Nome e firma 2° Coord. checklist</b> _____</p>		

**Procedura Generale**

**Cod. Doc.:**  
**PG/901/S0DS25/26/06**

**PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE  
 NEL PERCORSO CHIRURGICO:  
 IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI  
 MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA  
 CHECKLIST**

**Rev. 0.3 del  
 03/02/2026**

**Pag. 34 di 37**


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>AZIENDA OSPEDALIERA                  SAN CAMILLO FORLANINI</b>	<b>CHECKLIST PROCEDURE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICHE                  INTERVENTISTICHE INVASIVE</b>	 <b>REGIONE                  LAZIO</b>
---	--	--

**TRACCIABILITÀ**

Conteggio strumentario	Elementi aggiuntivi				Elementi aggiuntivi				Totale
	Inizio	+	+	+	+	+	+	+	
Set									
Set									
Set									
Set									
Set									
Set									
Set									
Set									
Set									
Aghi									
Taglienti									
Firma Strumentista									
Firma Infermiere									
Firma Medico									

S
I
M

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO: IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del 03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 35 di 37</b>

 <b>AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI</b>	<b>CHECKLIST PROCEDURE DIAGNOSTICO /TERAPEUTICHE INTERVENTISTICHE INVASIVE</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
--	--	--

**TRACCIABILITÀ (ETICHETTE)**

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

S  
I



Firma Infermiere

---

Firma Strumentista

---

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 36 di 37</b>

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	<b>CHECKLIST PROCEDURE DIAGNOSTICO          /TERAPEUTICHE INTERVENTISTICHE INVASIVE</b>	 <b>REGIONE          LAZIO</b>
---	---	---

**Sala Risveglio** Data.../.../..... h.....

Drenaggi

N°	Sede	Rimossi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
N°	Sede	Rimossi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
N°	Sede	Rimossi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Introduttori

Medicazione Comprensiva      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.

**I** 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

**Firma Infermiere**

---

<b>Procedura Generale</b>	<b>PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE          NEL PERCORSO CHIRURGICO:          IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI          MINISTERO DELLA SALUTE N. 2 E N. 3 E DELLA          CHECKLIST</b>	<b>Rev. 0.3 del          03/02/2026</b>
<b>Cod. Doc.:          PG/901/S0DS25/26/06</b>		<b>Pag. 37 di 37</b>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	<b>CHECKLIST PROCEDURE DIAGNOSTICO          /TERAPEUTICHE INTERVENTISTICHE INVASIVE</b>	 <b>REGIONE          LAZIO</b>
--	---	--

**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.