

## Deliberazione N. 0001299 del 04/09/2023

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

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000611 del 22/08/2023

**Oggetto:**

**REVISIONE ED AGGIORNAMENTO DELLA CHECKLIST AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO**

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

*L'Estensore: **Antonio Silvestri***

*Data 22/08/2023*

*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 22/08/2023*

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

*Data 22/08/2023*

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

*Data 22/08/2023*

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

*Direttore Amministrativo: **Paola Longo***

*Data 22/08/2023*

*Parere: **FAVOREVOLE***

*Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis***

*Data 23/08/2023*

*Parere: **FAVOREVOLE***

*Hash proposta: f9aec8563f9f219e3410b5402413ee7c2bde8f89fedf8086191f6821b2f61a23*

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

<b>VISTI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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”;</li><li>- 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”;</li><li>- 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;</li><li>- 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”;</li><li>- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto &lt;&lt;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&gt;&gt;;</li><li>- 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;</li><li>- 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;</li></ul>
<b>VISTA</b>	la deliberazione n. 1643 del 01 dicembre 2017: “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”;
<b>RITENUTO</b>	necessario procedere alla revisione ed aggiornamento della checklist per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico;
<b>DATO ATTO</b>	che si è proceduto a condividere, con gli operatori direttamente coinvolti nel percorso del paziente chirurgico, la revisione e l’aggiornamento della suddetta checklist aziendale, che costituisce peraltro parte integrante della cartella clinica;
<b>CONSIDERATO</b>	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;
<b>VERIFICATO</b>	che il presente provvedimento non comporta nessuna 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 approvare la revisione ed aggiornamento della checklist aziendale per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico;
- 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, "Revisione ed aggiornamento della checklist aziendale per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico" 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 la revisione ed aggiornamento della checklist aziendale per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico;
- 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  
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**

**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.

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 Chirurgo**

**Firma Infermiere**

**Sign In ore** \_\_\_\_\_ →  
*prima dell'intervento*

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:** Anestesista – Infermiere

**Time Out ore** \_\_\_\_\_ →  
*prima dell'incisione della cute*

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

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

**Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:**

3) Chirurgo: 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:** Chirurgo – 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) Chirurgo, 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 aggiuntiva 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:** Chirurgo – 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 I Chirurgo** \_\_\_\_\_

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

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

**TRACCIABILITÀ**

**Conteggio garze**

	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale
	Inizio	+	+	+	+	Intermedio	+	+	+	+	
<b>S</b> Laparatomiche											
<b>I</b> Garze 10x10											
Garze 5x5											
Tamponcini											
Lunghette											
Firma Strumentista											
Firma Infermiere											
<b>C</b> Firma Chirurgo											

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.

**Conteggio strumentario**

	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale
	Inizio	+	+	+	+	Intermedio	+	+	+	+	
<b>S</b> Set											
Set											
Set											
<b>I</b> Set											
Aghi											
Taglienti											
Firma Strumentista											
Firma Infermiere											
<b>C</b> Firma Chirurgo											



**TRACCIABILITÀ (ETICHETTE)**

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

S

I

Firma Infermiere

---

Firma Strumentista

---

**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:

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

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

**Firma Infermiere**

**Firma Chirurgo**

**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 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**

**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.**