



ORIGINALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Il giorno 5 DIC. 2019 nella sede dell'Unità Sanitaria Locale di Pescara.

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Dr. Antonio Caponetti, in qualità di facente funzioni ai sensi dell'art. 3 comma 6 del D.Lgs. N. 502/1992, acquisiti i pareri allegati del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento su proposta della Responsabile della U.O.S.D. Risk Management.

N. 1445

- **OGGETTO: ADOZIONE DELLA REVISIONE "CHECKLIST CHIRURGICA"**

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Letta, condivisa e fatta propria la relazione della Responsabile della U.O.S.D. Risk Management, riportata nell'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- Viste le Raccomandazioni emanate dal Ministero della salute nel marzo 2008, n. 2 e n. 3: la n. 2 "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e la n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura";
- Visto il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" redatta dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, nell'ottobre 2009;
- Vista la delibera aziendale n. 882 pubblicata il 7 agosto 2014: "Adozione delle: checklist preoperatoria e chirurgica; procedura Raccomandazione Ministeriale n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura corretta, identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura";

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, per quanto di loro competenza;

DELIBERA

1. **DI ADOTTARE** la revisione della checklist chirurgica proposta dalla Responsabile della U.O.S.D. Risk Management, Dott.ssa Annamaria Ambrosi;
2. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento, via mail, ai Direttori delle Strutture Sanitarie della ASL;
3. **DI DISPORRE** che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato: nell'Albo Pretorio Aziendale, nella Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi del D.Lgs N. 33/2013 e nella sezione Risk Management, al fine di diffondere la conoscenza del documento a tutti gli operatori sanitari e rendere operativo l'utilizzo in tutte le strutture;
4. **DI DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio della ASL;
5. **DI DICHIARARE** la presente delibera immediatamente esecutiva.

RELAZIONE della Responsabile della U.O.S.D. Risk Management, Dott.ssa Annamaria Ambrosi.

PREMESSO che:

Il Direttore Generale della Asl di Pescara, il 7 agosto 2014, ha adottato con la delibera n. 882 la procedura aziendale "Adozione delle: checklist preoperatoria e chirurgica; procedura Raccomandazione Ministeriale n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura corretta, identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura"; in ossequio alle Raccomandazioni Ministeriali del marzo 2008 n. 2 e 3: "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" e "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura".

CONSIDERATO che:

la checklist chirurgica ha l'obiettivo di soddisfare l'esigenza di una corretta identificazione del paziente e del relativo sito chirurgico. L'utilizzo in sala operatoria della checklist, consente, attraverso una serie di fasi, di verificare in presenza di tutti i componenti dell'equipe chirurgica, la giusta applicazione della procedura.

RILEVATO che:

periodicamente è necessario aggiornare i contenuti delle procedure al fine di renderle maggiormente fruibili da parte degli operatori sanitari.

PRECISATO che:

l'adozione della presente deliberazione non comporta oneri economici per l'azienda.

DATO ATTO che:

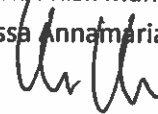
la scrivente U.O.S.D. provvederà a verificare l'aderenza a quanto previsto nella nuova checklist attraverso un monitoraggio a campione delle cartelle cliniche.

SI PROPONE la revisione della checklist chirurgica riportata nell'allegato per le Vostre opportune valutazioni.

Tanto premesso si rimette alla Direzione Generale ogni determinazione circa l'approvazione e l'adozione della checklist chirurgica allegata.

0 4 DIC 2019

Il Dirigente Responsabile
U.O.S.D. Risk Management
Dott.ssa Annamaria Ambrosi



CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA U.O. di

Cognome e nome del paziente: _____ data di nascita: _____ data intervento: _____
 Componenti dell'equipe: 1° Operatore _____ 1° Operatore _____ Anestesista _____
 Infermiere 1 _____ Infermiere/Strumentista _____ Infermiere 2/Tecnico _____

Da leggere ad alta voce Sign In: ore _____ Sign Out: ore _____ Accesso alla Sala Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia Checklist pre-operatoria compilata		Da leggere ad alta voce Time Out: ore _____ In sala Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute		Da leggere ad alta voce Sign Out: ore _____ Uscita Sala Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria:	
1) Il paziente ha confermato (in età pediatrica chiedere conferma ai genitori): ● Identità si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Sede di intervento si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Tipologia dell'intervento programmato si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti): si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) L'Infermiere ha verificato con il Chirurgo e l'Anestesista: ● Eventuali disponibilità emocomponenti: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Presenza consensi (anestesiologico, chirurgico, ect.) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Il sito dell'intervento è stato marcato: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile: <input type="checkbox"/>	1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura chirurgica, il corretto posizionamento. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 3) ● Posizionamento del pulsossimetro sul paziente e corretto funzionamento si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Posizionamento piastra elettrobisturi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: 4) Chirurgo: durata dell'intervento: < 1h <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> > 2 h <input type="checkbox"/> Rischio di perdita di sangue, si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Documentazione diagnostica si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 5) Infermiere/strumentista: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) ? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 6) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 7) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Il Chirurgo e l'Anestesista confermano verbalmente: 1) nome della procedura registrata: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) Predisposizione del piano di assistenza post operatoria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 3) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 4) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile* <input type="checkbox"/> 5) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 6) Eventualità di problemi relativi all'uso di dispositivi medici si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	1) Il paziente ha confermato (in età pediatrica chiedere conferma ai genitori): ● Identità si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Sede di intervento si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Tipologia dell'intervento programmato si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti): si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) L'Infermiere ha verificato con il Chirurgo e l'Anestesista: ● Eventuali disponibilità emocomponenti: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Presenza consensi (anestesiologico, chirurgico, ect.) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ● Il sito dell'intervento è stato marcato: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile: <input type="checkbox"/>	Identificazione dei rischi del paziente (Anestesista, Chirurgo, Infermiere): 3) Valutazione possibili allergie ed adeguata eventuale profilassi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 4) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile* <input type="checkbox"/> 5) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 6) Valutazione difficoltà di gestione delle vie aeree si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (in età pediatrica calcolare 7ml/kg) con accesso venoso adeguato e fluidi disponibili si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

Firma Chirurgo _____ Firma Anestesista _____
 Firma Coordinatore checklist _____ Procedura eseguita _____

*Non applicabile: opzione da usare esclusivamente (ove previsto) nei casi in cui si tratti di organo singolo ovvero di procedure interventistiche minori per le quali non è previsto l'anestesista o nel caso in cui non si prelevino campioni chirurgici per esami

La Responsabile della U.O.S.D. proponente, con la sottoscrizione, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del presente provvedimento

La Responsabile della U.O.S.D.
Risk Management
Dott.ssa Annamaria Ambrosi



Il Direttore della U.O. proponente attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto n. _____ del bilancio _____

Il Direttore U.O.C.....
dott.

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Paolo Zappalà)

X favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Antonio Caponetti)

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Dr. Antonio Caponetti

Il presente provvedimento viene pubblicato all'albo on line dell'Ausl di Pescara in
data **26 DIC, 2019** ove rimarrà affisso per un periodo non inferiore a n. 15 giorni
consecutivi

- X Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo a seguito della pubblicazione all'albo on line dell'Ausl di Pescara
- Il presente provvedimento è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale

Il presente provvedimento viene trasmesso:

per l'esecuzione a:

UOS Risk Management

per conoscenza a:

alla Giunta Regionale in data

con nota prot.

alla Conferenza dei Sindaci in data

con nota prot.

al Collegio Sindacale in data

con nota prot.

U.O.C. Affari Generali e Legali
Il funzionario incaricato

U.O.C. Affari Generali e Legali
Il Responsabile Affari Generali
(dott. Fabrizio Vefi)