



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**  
Via Renato Paolini, 47 - 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2022

N. 1080

Data 14/07/2022

**OGGETTO: ADOZIONE DELLA REVISIONE DELLA CHECKLIST DI SALA  
OPERATORIA**

## **IL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO: ADOZIONE DELLA REVISIONE DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA"**

**PRESO ATTO** della relazione del Dirigente proponente che qui si riporta integralmente

**PREMESSO** che

- il Direttore Generale della Asl di Pescara, il 7 Agosto 2014 ha adottato con Delibera n. 882 la Procedura Aziendale *"Adozione della Checklist pre-operatoria e chirurgica"*;

**VISTO** che

- il Ministero della salute ha diffuso, nell'ottobre 2009, il *"Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist"*, elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'ambito del programma *"Safe Surgery Saves Lives"*;
- nel marzo 2008, la Raccomandazione n. 2- *"Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"*;;
- nel Marzo 2008, la Raccomandazione n.3 -*"Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura"*;;

**PRESO ATTO** che

- l'implementazione della checklist di sala operatoria favorisce il rispetto degli standard essenziali della sicurezza e contribuisce alla prevenzione di eventi avversi, mortalità e complicanze post-operatorie;

**RILEVATA** la necessità di revisionare la checklist di sala operatoria per apportare elementi migliorativi atti a rendere più efficace la sua applicazione all'interno dell'organizzazione;

**Acquisito il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente proponente dott.ssa Annamaria Ambrosi, ai sensi della legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i. che ne attesta la regolarità e la completezza"**;

**Dato atto della attestazione resa dai competenti Responsabili in ordine alla regolarità amministrativo- contabile e tecnica del presente provvedimento;**

**Acquisiti, per quanto di competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo d'Azienda e dal Direttore Sanitario d'Azienda;**

## **DELIBERA**

**Per tutto quanto sopra indicato e che qui si intende integralmente richiamato:**

1. **DI ADOTTARE** la revisione della Checklist di sala operatoria;
2. **DI DISPORRE** la pubblicazione del presente atto:
  - Nell' albo pretorio on- line aziendale, ai sensi dell'articolo 32 della legge 69/2009;
  - Nella sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del D.Lgs n. 33/2013, del sito web istituzionale;
3. **DI DARE ATTO** che dal presente atto non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio della Asl di Pescara ;
4. **DI CONFERIRE** alla presente deliberazione immediata esecutività.



# CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Cognome e nome del paziente \_\_\_\_\_

Intervento chirurgico \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Data intervento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Da leggere ad alta voce**

## SIGN IN

**Accesso in Pre-Sala** - Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia

Checklist pre-operatoria compilata  si  no

**1) Il paziente ha confermato (in età pediatrica chiedere conferma ai genitori):**

- Identità  si  no
- Sede di intervento  si  no
- Tipologia dell'intervento  si  no
- Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)  si  no

**2) L'Infermiere ha verificato con il Chirurgo e l'Anestesista:**

- Eventuali disponibilità emocomponenti
- Presenza consensi (anestesiologico, chirurgico, ect)
- Sito dell'intervento correttamente marcato  si  no applicabile\*

**Identificazione dei rischi del paziente (Anestesista, Chirurgo, Infermiere):**

**3) Il paziente presenta allergie**  si, eventuale profilassi  no

**4) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione**  si, strumentazione/assistenza disponibile  no

**5) Rischio di perdita ematica >500 ml (in età pediatrica calcolare 7ml/Kg)**  Si, accesso venoso adeguato ed emocomponenti richiesti  no

**6) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati**

**7) Anestesista:** specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro  si  no applicabile\*

**Da leggere ad alta voce**

## TIME OUT

**In S.O.** - Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute

**1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione:**  si  no

**2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:**

- identità del paziente, intervento chirurgico, sito chirurgico e corretto posizionamento.
- 3) È stato verificato il:**
- Posizionamento e corretto funzionamento dei presidi per il monitoraggio dei parametri vitali
- Posizionamento della piastra per elettrobisturi

**4) Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:**  
**Chirurgo:**

- Durata dell'intervento:  < 1h  1-2 h  >2 h
- Rischio di perdita di sangue  si  no
- Immagini diagnostiche  si  no applicabile\*

**Infermiere/strumentista:** è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori)  si

**5) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni**  si, specificare in note  no

**6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti**  si  no applicabile\*

**Da leggere ad alta voce**

## SIGN OUT

**Uscita S.O.** - Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria

**1) Il Chirurgo e l'Anestesista confermano:**

● Tipo dell'intervento chirurgico eseguito e registrato specificare \_\_\_\_\_

● Predisposizione del piano di assistenza post-operatoria

● Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio  si  no applicabile

**2) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione):**  si  no applicabile\*

**3) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto:**  si  no, specificare in note

**4) Eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici**  Si, specificare in note  no

**Note**

**FIRMA EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN IN-TIME OUT**

Firma Chirurgo \_\_\_\_\_  
Firma Anestesista \_\_\_\_\_  
Firma Infermiere Coordinatore Checklist \_\_\_\_\_

**FIRMA EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN OUT**

Firma Chirurgo \_\_\_\_\_  
Firma Anestesista \_\_\_\_\_  
Firma Infermiere Coordinatore Checklist \_\_\_\_\_  
Firma Infermiere \_\_\_\_\_

\*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



# CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA – INTERVENTI DI DAY SURGERY

Cognome e nome del paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_

Intervento chirurgico \_\_\_\_\_

Data intervento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Da leggere ad alta voce**

## SIGN IN



**Accesso in Pre-Sala - Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia**

Checklist Pre-Operatoria compilata  si  no

- 1) Il paziente ha confermato (in età pediatrica chiedere conferma ai genitori):**
- Identità  si  no
  - Sede di intervento  si  no
  - Tipologia dell'intervento programmato  si  no
  - Consenso chirurgico  si  no

## 2) L'Infermiere ha verificato con il Chirurgo:

- Presenza consenso chirurgico
- Sito dell'intervento correttamente marcato  si  no applicabile\*

Identificazione dei rischi del paziente (Chirurgo, Infermiere):

- 3) Il paziente presenta allergie**  si, eventuale profilassi  no

Se richiesta la prestazione dell'anestesista:

- 4) Presenza consenso anestesiological**  si  no

- 5) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione**  si, strumentazione/assistenza disponibile  no

- 6) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati**

- 7) Anestesista:** specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro  si  no applicabile\*

**Da leggere ad alta voce**

## TIME OUT



**In S.O. - Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute**

- 1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione**  si  no
- 2) Il chirurgo, l'anestesista, se la prestazione lo richiede, e l'infermiere hanno confermato:**
- Identità del paziente, intervento chirurgico, sito chirurgico e corretto posizionamento.
- 3) È stato verificato il:**
- Posizionamento e corretto funzionamento dei presidi per il monitoraggio dei parametri vitali
  - Posizionamento della piastra per elettrobisturi

## 4) Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: Chirurgo

- Durata dell'intervento:  < 1h  1-2 h  > 2 h
- Immagini diagnostiche  si  no applicabile\*

**Infermiere/strumentista:** è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori)  si

- 5) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni**  si, specificare in note  no

- 6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti**  si  no applicabile\*

**Da leggere ad alta voce**

## SIGN OUT

**Uscita S.O. - Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria**

- 1) Il Chirurgo e l'Anestesista (se la prestazione lo richiede) confermano:**

- Tipo di intervento chirurgico eseguito e registrato specificare \_\_\_\_\_

- Predisposizione del piano di assistenza post-operatoria

- Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio  si  no applicabile

- 2) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)**  si  no applicabile\*

- 3) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto**  si  no, specificare in note

- 4) Eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici**  Si, specificare in note  no

**Note**

**FIRMA EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN IN-TIME OUT**

Firma Chirurgo \_\_\_\_\_ Firma Infermiere Coordinatore Checklist \_\_\_\_\_  
Firma Anestesista \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**FIRMA EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN OUT**

Firma Chirurgo \_\_\_\_\_ Firma Infermiere Coordinatore Checklist \_\_\_\_\_  
Firma Anestesista \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_

\*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

**RELAZIONE DEL DIRIGENTE MEDICO U.O.S. RISK MANAGEMENT DR.SSA ANNAMARIA AMBROSI.**

**PREMESSO** che

- il Direttore Generale della Asl di Pescara, il 7 Agosto 2014 ha adottato con Delibera n. 882 la Procedura Aziendale *“Adozione della checklist pre-operatoria e chirurgica”*;

**VISTO** che

- il Ministero della salute ha diffuso, nell’ottobre 2009, il *“Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist”*, elaborate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, nell’ambito del programma *“Safe Surgery Saves Lives”*;
- nel marzo 2008, la Raccomandazione n. 2- *“Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”*;;
- nel Marzo 2008, la Raccomandazione n.3 *“Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”*;;

**PRESO ATTO** che

- L’implementazione della checklist di sala operatoria favorisce il rispetto degli standard essenziali della sicurezza e contribuisce alla prevenzione di eventi avversi, mortalità e complicanze post-operatorie;

**RILEVATA** la necessità di revisionare la checklist di sala operatoria per apportare elementi migliorativi atti a rendere più efficace la sua applicazione all’interno dell’organizzazione;

Tanto premesso si propone al Direttore Generale di adottare la revisione della Checklist di sala operatoria.

**AUSL PESCARA**  
**U.O.S.D. RISK MANAGEMENT**  
Il Responsabile  
**Dr.ssa Annamaria AMBROSI**



Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno 2022

Il Direttore

firmato digitalmente

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

Parere favorevole

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott. Francesca Rancitelli ff

firmato digitalmente

Parere favorevole

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Antonio Caponetti

firmato digitalmente

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Vincenzo Ciamponi**

firmato digitalmente

**Deliberazione n. 1080 del 14/07/2022 ad oggetto:**

ADOZIONE DELLA REVISIONE DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 15/07/2022 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

---

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato