



1064

26 LUG. 2024

DELIBERAZIONE N. ____ DEL _____

OGGETTO: Procedura Aziendale per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura - (Raccomandazione n. 3 del Ministero della Salute) - Adozione.

Il Direttore U.O.C. QA – Rischio Clinico e Formazione ed i Direttori Sanitari dei PP. OO. di Ariano I. e di S. Angelo dei Lombardi

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico - amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

Premesso:

- che la ASL di Avellino ha attivato diverse iniziative di Gestione del Rischio Clinico e tra queste la implementazione delle Raccomandazioni predisposte dal Ministero della Salute per il miglioramento della sicurezza dei pazienti; implementazione che rientra, tra l'altro, tra gli adempimenti LEA;
- che il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n. 19 Raccomandazioni e tra queste la n. 3 dal titolo: "La corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" ;

Considerato

- che l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali sono vincolanti ai fini della valutazione positiva degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale della ASL nell'ambito dei LEA per il Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti;

Visti:

- Intesa Stato - Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ...;
- Decreto 11 dicembre 2009, G. U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
- Piano Sanitario Regionale 2011 - 2013: 9.2 Clinical Governance e Sicurezza delle cure. La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Obiettivi di un programma aziendale sono: "... Monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori e garantire un feedback informativo ...;
- D. L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma 1:

“Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari”, Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;

- Programmi Operativi 2013 - 2015 in prosieguo del Piano di rientro DCA n. 82 del 5/07/2013 Programma 18: Sicurezza e Rischio Clinico.
- Patto della Salute 2014 - 2016. Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Tavolo per la verifica degli adempimenti – Tra gli adempimenti che vengono sottoposti a verifica c'è la adozione formale e successiva implementazione dei documenti ministeriali (Raccomandazioni ministeriali, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Check list, ecc.);
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. G. U. n. 127 del 4.6.2015. 5. *Standard generali di qualità*. 5.3 *Standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello*. Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi ...;
- Legge di stabilità 2016 – 28 dicembre 2015 n. 208, art. 1, comma 538 La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;
- Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 14 del 01.03.2017: “*Programmi Operativi 2016 - 2018. Approvazione*”, intervento 14.4 – *Rischio clinico e sicurezza dei pazienti* – Rif. Adempimenti LEA: lett. as) Questionario LEA. Azione 14.4.1 – *Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali*. Tra gli obiettivi: Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie di almeno 12 Raccomandazioni rispetto alle 17 emanate dal Ministero della Salute, da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione;
- 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”;

Richiamati

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che “*Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure*”;
- la nota prot. n. 0693421 del 15/10/2015 e la nota prot. n. 0235421 del 06/04/2016 della G.R.C. - Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si invitano le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione/riduzione del Rischio Clinico;
- la delibera aziendale n. 1463 del 20.11.2015 ad oggetto: “Adozione Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza dei Pazienti”;
- le note della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 298101 del 26.04.2017 ad oggetto “*Raccomandazioni Ministeriali prevenzione “Eventi Sentinella” – Apertura monitoraggio 2017 su piattaforma web AgeNaS*”, prot. n. 437864 del 23.06.2017, ad oggetto: “*Adempimenti LEA – Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti, lett. AS*” e prot. n. 444600 del 28.06.2017, ad oggetto: “*Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES), Flusso informativo anno 2016*”, e successivo monitoraggio annuale da parte dell'azienda alla Regione;

Preso atto del documento tecnico elaborato dalla UOC QA – Rischio clinico e Formazione in collaborazione con i Direttori delle UU.OO.CC. coinvolti nelle attività di tipo chirurgico o che effettuano procedure di tipo invasivo dei PP.OO. di Ariano Irpino e S. Angelo dei Lombardi, in attuazione della Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 “La corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”;

Ritenuto

essenziale recepire e implementare nell'intera Asl le 19 Raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute, assicurandone la conoscenza e l'applicazione da parte di tutti gli operatori sanitari tramite comunicazione ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e delle Unità Operative Sanitarie Complesse e Semplici Dipartimentali dell'avvenuta pubblicazione sul Sito Istituzionale dell'Azienda;

Attestata

la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

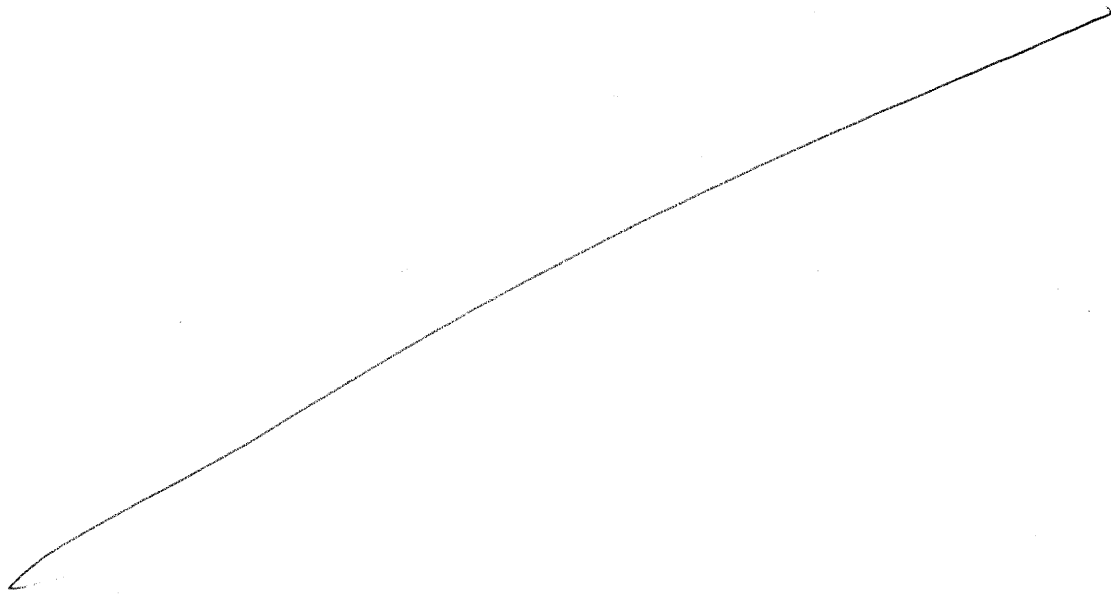
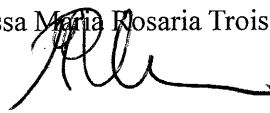
PROPONE

l'adozione del presente provvedimento, e nello specifico:

- **di approvare** la "Procedura Aziendale - La corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", Rev 01 - Luglio 2024 , riguardante la Raccomandazione n. 3 , rivolta al personale sanitario delle UU.OO. di Chirurgia generale e specialistica, blocchi operatori, ambulatori protetti e radiologia interventistica, a tutti i cittadini che accedono al reparto di che trattasi, che allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di incaricare** i Direttori Sanitari dei PP. OO. di Ariano I. e di S. Angelo dei Lombardi, e i Direttori delle UU.OO. afferenti al Dipartimento Chirurgico, di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza delle indicazioni contenute nella presente procedura da parte dell' intero personale sanitario;
- **di stabilire** che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o l' opportunità, valutata dai Direttori Sanitari dei PP. OO. di Ariano I. e di S. Angelo dei Lombardi, dai Direttori delle UU.OO. afferenti al Dipartimento Chirurgico e dal Direttore dell' UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico e Formazione , e compunque di norma rivisitata con cadenza biennale;
- **di demandare** al soggetto proponente la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione dedicata, a cura dell' UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico e Formazione – Documenti di Riferimento – Procedure Aziendali;
- **di trasmettere**, mediante le procedure aziendali, copia del presente atto al Collegio Sindacale come per legge, all' UOC proponente per il seguito di competenza;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile, al fine di garantire le successive azioni amministrative.

Il redattore
Giuliana Luongo

Il Direttore
UOC QA – Rischio Clinico - Formazione
Dott. ssa Maria Rosaria Troisi



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21/06/2022

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022

impresso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09/08/2022

- vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore della UOC Qualità e Accreditamento Rischio Clinico e Formazione;
- con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Maria Concetta Conte

Il Direttore Amministrativo

Dr. Franco Romano

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- **approvare** il documento dal titolo: " Procedura per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", Rev 01 - Luglio 2024 , riguardante la Raccomandazione n. 3 , rivolta al personale sanitario delle UU.OO. di Chirurgia generale e specialistica, blocchi operatori, ambulatori protetti e radiologia interventistica, a tutti i cittadini che accedono al reparto di che trattasi, che allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;;
- **incaricare** i Direttori Sanitari dei PP. OO. di Ariano I. e di S. Angelo dei Lombardi, e i Direttori delle UU.OO. afferenti al Dipartimento Chirurgico, di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza delle indicazioni contenute nella presente procedura da parte dell' intero personale sanitario;
- **stabilire** che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o l' opportunità, valutata dai Direttori Sanitari dei PP. OO. di Ariano I. e di S. Angelo dei Lombardi, dai Direttori delle UU.OO. afferenti al Dipartimento Chirurgico e dal Direttore dell' UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico e Formazione , e compunque di norma rivista con cadenza biennale; -
- **demandare** al soggetto proponente la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione dedicata, a cura dell' UOC Qualità e Accreditamento – Rischio Clinico e Formazione – Documenti di Riferimento – Procedure Aziendali;
- **trasmettere** mediante le procedure aziendali, copia del presente atto al Collegio Sindacale come per legge, all' UOC proponente per il seguito di competenza;
- **dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile, al fine di garantire le successive azioni amministrative.

Il Direttore Generale

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA
PROCEDURA
(Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N° 3)

Revisione luglio 2024		Distribuzione controllata
Motivo Revisione	Aggiornamento funzioni e modulistica	Presidio Ospedaliero di Ariano I. Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L.
Redazione	Gruppo di Lavoro: Direttore UOC QA/RC e Formazione Dirigente Medico Direzione Sanitaria PO Ariano Irpino CPS Inf. QA/RC e Formazione Dirigente Medico QA/RC e Formazione	
Verifica	Direttore P.O. Ariano Irpino Direttore P.O. Sant'Angelo dei Lombardi	
Approvazione	Direttore UOC QA/RC e Formazione Direttore Sanitario	
Autorizzazione	Direttore Generale Direttore Sanitario	

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE
 2. SCOPO E CAMPI DI APPLICAZIONE
 3. LA CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA
 - 3.1 Come applicare la checklist
 - 3.2 Le tre fasi della checklist
 4. INDICATORI
 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ
 6. ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO
 7. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE
 8. GESTIONE E ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI
 9. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI
- ALLEGATI: Checklist per la sicurezza in sala operatoria

1. INTRODUZIONE

Gli interventi in paziente sbagliato, in parte del corpo sbagliato e la procedura errata rappresentano eventi sentinella poco frequenti ma quando si verificano possono provocare gravi conseguenze al paziente e compromettere seriamente la fiducia dei cittadini nei confronti dei professionisti e dell'intero sistema sanitario; questi eventi possono essere determinati da diversi fattori, quali la carente pianificazione preoperatoria, la mancanza di meccanismi di controllo, l'inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e/o tra operatori all'interno dell'équipe.

Le direzioni aziendali devono adottare una politica aziendale proattiva per la corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura. La strategia aziendale deve essere formalizzata dalla Direzione Aziendale con procedura scritta e deve comprendere il monitoraggio dell'implementazione, ad es. tramite la verifica della documentazione clinica o in sala operatoria (checklist per la sicurezza in sala operatoria).

Nell'ottobre del 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il "Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist" che raccomanda l'adozione, nelle strutture sanitarie SSN, della nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria, che sostituisce la checklist "Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura" allegata alla Raccomandazione Ministeriale n.3 (marzo 2008).

La nuova checklist è una semplice lista di standard di sicurezza a supporto delle équipe operatorie per l'esecuzione dei controlli; il suo utilizzo può migliorare la sicurezza dei pazienti, ridurre il numero di decessi e di complicanze post-operatorie.

2. SCOPO E CAMPI DI APPLICAZIONE

Con la presente raccomandazione si intende fornire un modello operativo da implementare nei 2 Presidi Ospedalieri dell'ASL Avellino, è rivolta principalmente alle Direzioni Aziendali, ai Responsabili dell'organizzazione e gestione delle sale operatorie ed alle équipe operatorie.

Lo scopo è:

1. Garantire la corretta procedura chirurgica al corretto paziente sul corretto sito chirurgico al fine di aumentare la sicurezza del paziente.
2. Standardizzare le attività ed omogenizzare i comportamenti tra gli operatori al fine di identificare in modo univoco il paziente destinatario della prestazione/trattamento.

La presente procedura si applica in sala operatoria o in qualunque setting ospedaliero nel quale vengono eseguite tecniche chirurgiche ed invasive che richiedono sedazione.

DOVE: in tutte le Unità Operative di Chirurgia generale e specialistica, Blocchi operatori, Ambulatori protetti e Radiologia interventistica.

A CHI: a tutti gli operatori sanitari coinvolti in attività di tipo chirurgico o che effettuano procedure di tipo invasivo.

QUANDO: nel periodo di preparazione all'intervento o alla procedura invasiva (giorni/ore prima dell'intervento), nel periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria ed in quello immediatamente precedente l'inizio dell'intervento.

3. CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

La check list include 3 fasi (Sign in, Time Out, Sign Out), 15 item con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo.

3.1 Come applicare la checklist

L'infermiere di sala operatoria viene designato come coordinatore/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. Tutti i controlli devono essere effettuati verbalmente per verificare che i controlli previsti siano stati eseguiti. L'équipe operatoria deve agevolare il coordinatore nel porre le specifiche domande e fornire le dovute risposte.

3.2 Le tre fasi della checklist

1° Fase: SIGN IN

Il Sign In si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti controlli:

➤ Conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso informato

Il coordinatore deve verificare verbalmente con il paziente la correttezza dell'identità (nome, cognome e data di nascita) del sito, della procedura e che sia stato dato il consenso (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) all'intervento chirurgico.

Se il paziente, per la propria condizione clinica o per età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere correttamente e verificare la corrispondenza con la documentazione clinica.

➤ Sito marcato

Il coordinatore dovrà contrassegnare la corrispettiva casella soltanto dopo aver verificato, guardando, che il sito chirurgico sia stato marcato, ovvero che tale controllo non sia applicabile al tipo di intervento chirurgico (marcatura non necessaria).

Il sito chirurgico deve essere contrassegnato nelle situazioni caratterizzate da:

- lateralità dell'intervento
- interessamento di strutture multiple (dita, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste)

Costituiscono eccezioni (marcatura non necessaria):

- interventi su organi singoli/impari (es. utero);

- chirurgia d'urgenza in cui non è prevista una fase preoperatoria di pianificazione dell'intervento;
- procedure interventistiche in cui il sito di inserzione del catetere o dello strumento non è predeterminato (cateterismo cardiaco);
- interventi bilaterali simultanei;
- neonati prematuri in cui l'utilizzo del pennarello indelebile può causare un tatuaggio permanente.

All'interno di questa Azienda il sito chirurgico deve essere contrassegnato con una "X", con pennarello indelebile termografico, di colore nero o blu, affinché il segno rimanga visibile anche dopo l'applicazione di soluzioni per la preparazione della cute.

Il contrassegno deve essere effettuato, se possibile, coinvolgendo il paziente vigile e cosciente, e/o i familiari.

Il simbolo deve essere segnato sulla sede di incisione o nelle immediate vicinanze, dall'operatore che effettuerà l'intervento oppure da un suo delegato, che sarà presente al momento dell'intervento. Non devono essere tracciati altri segni in altra parte del corpo e va considerata la possibilità della presenza di altri fattori confondenti (es. tatuaggi).

Prima di tracciare il segno verificare il sito chirurgico sulla base della documentazione e delle immagini radiologiche.

In casi particolari (es. occhi) per motivi estetici, di privacy o eventuali interferenze con il laser o altri dispositivi medici, è opportuno contrassegnare il sito direttamente con un pezzo di cerotto di tnt/carta.

➤ **Controlli per la sicurezza dell'anestesia**

Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature) e che sia stato confermato il corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro/giusto monitoraggio.

➤ **Identificazione dei rischi del paziente**

Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, di difficoltà di gestione delle vie aeree e di perdita ematica.

2° fase: TIME OUT

Il time out è un 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 e comprende i seguenti controlli:

➤ **Presentazione dell'équipe**

Il coordinatore chiede ad ogni componente dell'équipe operatoria di presentarsi, enunciando il proprio nome e il proprio ruolo. Se tale presentazione è già avvenuta nel corso della giornata

operatoria, può essere sufficiente che ognuno confermi di conoscere tutti gli altri componenti dell'équipe.

➤ **Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento**

Il coordinatore chiede all'équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica, il sito chirurgico e il corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato (ad esempio il coordinatore dice ad alta voce: "Adesso è l'ora del time out", quindi continua: "Siete d'accordo che il nome del paziente è XY, che sta per essere sottoposto ad intervento di riparazione di ernia inguinale destra?").

La casella deve essere riempita soltanto dopo che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano dato conferma.

➤ **Anticipazione di eventuali criticità**

Successivamente ogni componente, a turno, revisiona gli elementi critici del proprio programma operatorio, utilizzando, come guida, le domande della checklist; (ad esempio il chirurgo potrebbe dire: "Questo è un intervento di routine di X durata" e successivamente chiedere all'anestesista ed all'infermiere se ci sono elementi di preoccupazione; l'anestesista potrebbe rispondere: "non ho particolare preoccupazioni per questo caso", mentre l'infermiere potrebbe dire: "La sterilità è stata verificata, non ci sono altri elementi di particolare preoccupazione").

➤ **Profilassi antibiotica**

Il coordinatore chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 60 minuti precedenti (secondo protocollo). Il responsabile della somministrazione della profilassi antibiotica deve fornire conferma verbale.

Nel caso in cui l'antibiotico sia stato somministrato da oltre i 60 minuti, l'équipe operatoria (chirurgo e anestesista) valuta la somministrazione o meno di una dose aggiuntiva di antibiotico, in base alla tipologia di intervento.

Fino a quando l'eventuale dose aggiuntiva non sia stata somministrata, il coordinatore deve lasciare la relativa casella in bianco.

➤ **Visualizzazione immagini radiografiche**

La visualizzazione delle immagini è importante per garantire l'adeguata pianificazione ed esecuzione degli interventi chirurgici. Il coordinatore deve chiedere al chirurgo se la visualizzazione delle immagini è necessaria per l'intervento; in caso affermativo, conferma che le immagini essenziali sono disponibili nella sala e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

3° fase: SIGN OUT

L'obiettivo del *Sign Out* è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni dall'équipe operatoria al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. Il *Sign out* dovrebbe essere completato prima che il paziente abbandoni la sala operatoria, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica, dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria e comprende sei controlli.

➤ **L'infermiere di sala conferma verbalmente insieme all'équipe operatoria:**

- ***Nome della procedura chirurgica registrata***

Dal momento che la procedura potrebbe essere modificata nel corso dell'intervento, il coordinatore deve confermare con il chirurgo e con il resto dell'équipe la procedura che è stata effettuata (ad esempio potrebbe chiedere: "Quale procedura è stata effettuata?" oppure chiedere conferma: "Noi abbiamo effettuato la procedura X, è vero?").

- ***Conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico***

Il ferriista o l'infermiere di sala operatoria deve confermare ad alta voce l'effettuato conteggio. Nel caso in cui si verificano discrepanze nel conteggio finale, l'équipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente, in modo da poter adottare gli opportuni provvedimenti.

- ***Etichettatura del campione chirurgico (incluso nome del paziente e descrizione)***

L'infermiere di sala operatoria conferma la corretta etichettatura (sulle pareti e non sul coperchio) dei campioni chirurgici leggendo ad alta voce i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, sesso) del paziente e la descrizione dei campioni.

- ***Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi***

Il coordinatore assicura che qualora siano emersi eventuali problemi nel funzionamento dei dispositivi, essi vengano identificati e segnalati (secondo Deliberazione n° 1554 del 02/11/2023), in modo da evitare che il dispositivo venga riutilizzato prima che il problema sia stato risolto.

- ***Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria***

Il coordinatore 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 intraoperatori o anestesilogici che possono influire negativamente sul decorso postoperatorio.

- ***Profilassi del tromboembolismo post-operatorio***

Il coordinatore chiede conferma al chirurgo che sia stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo postoperatorio, come da linee guida (mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci).

4.INDICATORI

Numero checklist compilate per intervento chirurgico /numero totale di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici = 100%

5. MATRICE DI RESPONSABILITA'

Funzione Attività	Infermiere di Sala Operatoria	Anestesista	Chirurgo	Direzione Sanitaria di P.O.
Sign In	R	R	R	
Time Out	R	R	R	
Sign Out	R	R	R	
Verifica e implementazione Procedura				R

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto

Tutti gli operatori che partecipano al processo di diagnosi, di cura e di assistenza del paziente sono responsabili dell'applicazione dei comportamenti definiti dalla presente procedura, sulla base del proprio ruolo e delle proprie competenze.

➤ Abbreviazioni e glossario

- U.O.: Unità Operativa
- Sign In: si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe.
- Time Out: è un 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.
- Sign Out: l'obiettivo del Sign Out è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe ed al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento e dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria.
- Checklist: lista di controllo. Si tratta di uno strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze intra e post-operatorie.
- Blocco Operatorio: si intende per Blocco Operatorio l'insieme delle Sale Operatorie propriamente dette in cui vengono eseguiti interventi chirurgici, i locali e gli spazi attigui e tutti gli ambienti che concorrono direttamente o indirettamente allo svolgimento dell'attività operatoria.

- Consenso informato e consapevole: processo con cui il paziente o chi ne ha la tutela legale, sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione dello stesso.
- Equipe operatoria: l'equipe operatoria è composta da chirurghi, anestesisti, infermieri, Operatori Socio Sanitari, ausiliari, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica.
- Interventi chirurgici: si definiscono interventi chirurgici "tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore

7. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE

La procedura originale è custodita presso la UOC QA/Rischio Clinico e Formazione e reperibile sul Sito Aziendale nella relativa pagina web.

La diffusione della procedura verrà assicurata dalla stessa UOC mediante la trasmissione alle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, che cureranno la diffusione interna alle UU.OO. afferenti al Dipartimento Chirurgico e al personale interessato dalla procedura.

Il documento verrà divulgato e illustrato a tutti gli operatori sanitari coinvolti tramite incontri formativi che verranno effettuati presso i Presidi Ospedalieri ed organizzati dalla UOC QA/Rischio Clinico e Formazione.

8. GESTIONE ED ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI

La checklist compilata verrà inclusa nella cartella clinica come parte integrante della documentazione clinica del paziente oppure archiviata per la valutazione della qualità degli interventi.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Ministero della Salute: Raccomandazione N. 3 del 03/03/2008 "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura".
- Ministero della Salute: "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: obiettivi e check-list, Ottobre 2009".
- World Health Organization: Safe surgery saves lives.2008.
- Regione Emilia Romagna-Agenzia sanitaria e sociale regionale: Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria- Regione Emilia Romagna-Ottobre 2010.
- Universal protocol for preventing Wrong site, Wrong procedure, Wrong person surgery.
- Correct Site Surgery, Patient Safety Alert, immediate action, 2 march 2005.



PROCEDURA
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL
SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA

PG/ RC n. 20
Rev: 01
Data: luglio 2024

- Standard Joint Commision International Patient Safety 2012-2013.
- The Joint Commission National Safety Goals Effective January 2019.
- Deliberazione N.1272 del 25/09/2012 e integrazione (N.1669del 10/12/2012) - Asl Avellino



CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

ALLEGATO

PG/RC n. 20

Rev.: 01

Data: luglio 2024

U.O:	DATA:	INTERVENTO PROGRAMMATO:	
COGNOME:	NOME:	DATA NASCITA:	
SIGN IN		TIME OUT	SIGN OUT
Controlli da effettuare prima del l' induzione dell'anestesia		Controlli da effettuare prima del l' incisione della cute	Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria
1) Il paziente/familiare/altri hanno confermato: - identità ☐ SI ☐ NO - sede di intervento ☐ SI ☐ NO procedura/intervento ☐ SI ☐ NO - consensi (anestesiológico, chirurgico, emocomponenti) ☐ SI ☐ NO 2) Il sito dell'intervento è stato marcato ☐ SI ☐ NON NECESSARIO 3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati? ☐ SI ☐ NO 4) Il Pulsossimetro/Giusto monitoraggio è stato posizionato sul paziente ed è stato verificato il corretto funzionamento? ☐ SI ☐ NO 5) É stata verificata la presenza di Allergie? ☐ SI ☐ NO 6) É stata verificata la presenza di difficoltà di gestione delle vie aeree? ☐ SI ☐ NO - É disponibile la strumentazione? ☐ SI ☐ NO - É disponibile l'assistenza? ☐ SI ☐ NO (es. consulenza broncospiristi) 7) É stato verificato il rischio della perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? ☐ SI ☐ NO		1) Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione? ☐ SI ☐ EQUIPE NOTA 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto funzionamento ☐ SI ☐ NO 3) Anticipazione di eventuali criticità: - chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro? ☐ SI ☐ NO - anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? ☐ SI ☐ NO - infermiere: è stata verificata la sterilità o altri eventuali problemi relativi ai dispositivi? ☐ SI ☐ NO 4) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? ☐ SI ☐ NO 5) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? ☐ SI ☐ NO	1) L'infermiere di sala operatoria conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe: - il nome della procedura /intervento eseguita/o ☐ SI ☐ NO - il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico ☐ SI ☐ NO - l'avvenuta etichettatura del campione chirurgico (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) ☐ SI ☐ NO - eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici ☐ SI ☐ NO 2) L'equipe ha evidenziato elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria? ☐ SI ☐ NO 3) É stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio? ☐ SI ☐ NO
Firma compilatore checklist:		Equipe operatoria:	



CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

ALLEGATO

PG/RC n. 20

Rev.: 01

Data: luglio 2024

U.O:	DATA:	INTERVENTO PROGRAMMATO:	
COGNOME:	NOME:	DATA NASCITA:	
SIGN IN		TIME OUT	SIGN OUT
Controlli da effettuare prima del l' induzione dell'anestesia		Controlli da effettuare prima del l' incisione della cute	Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria
1) Il paziente/familiare/altri hanno confermato: - identità ☐ SI ☐ NO - sede di intervento ☐ SI ☐ NO procedura/intervento ☐ SI ☐ NO - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) ☐ SI ☐ NO		1) Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione? ☐ SI ☐ EQUIPE NOTA 2) Il chirurgo, l' anestesista e l' infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d' intervento, procedura, il corretto funzionamento ☐ SI ☐ NO 3) Anticipazione di eventuali criticità: - chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro? ☐ SI ☐ NO - anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? ☐ SI ☐ NO - infermiere: è stata verificata la sterilità o altri eventuali problemi relativi ai dispositivi? ☐ SI ☐ NO	1) L'infermiere di sala operatoria conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe: - il nome della procedura /intervento eseguita/o ☐ SI ☐ NO - l'avvenuto conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico e la relativa compilazione della scheda conteggio ☐ SI ☐ NO - l'avvenuta etichettatura del campione chirurgico (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) ☐ SI ☐ NO - eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici ☐ SI ☐ NO
2) Il sito dell'intervento è stato marcato ☐ SI ☐ NON NECESSARIO		4) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? ☐ SI ☐ NO	2) L'equipe ha evidenziato elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria? ☐ SI ☐ NO
3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati? ☐ SI ☐ NO		5) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? ☐ SI ☐ NO	3) È stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio? ☐ SI ☐ NO
4) Il Pulsossimetro/Giusto monitoraggio è stato posizionato sul paziente ed è stato verificato il corretto funzionamento? ☐ SI ☐ NO			
5) È stata verificata la presenza di Allergie? ☐ SI ☐ NO			
6) È stata verificata la presenza di difficoltà di gestione delle vie aeree? - È disponibile la strumentazione? ☐ SI ☐ NO - È disponibile l'assistenza? ☐ SI ☐ NO (es. consulenza broncoscopisti)			
7) È stato verificato il rischio della perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? ☐ SI ☐ NO			
Firma compilatore checklist:		Equipe operatoria:	

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

UO ASL AVELLINO
AFFARI GENERALI
Pubblicato il

26 LUG. 2024

