

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro e data di adozione

Proposta n.

Struttura: S.S. GESTIONE RISCHIO CLINICO

Oggetto: IMPLEMENTAZIONE ISTRUZIONI OPERATIVE PROVVISORIE (FASE SPERIMENTALE) SAFETY LIST PERIOPERATORIA. ADOZIONE PROCEDURA AZIENDALE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA.

Sulla base della istruttoria espletata dalla Dott.ssa Maria Silvestre, Dirigente Medico presso la S.S. Gestione Rischio Clinico, confermata dalla Dott.ssa Carmela Fiore, Responsabile ad interim S.S. Gestione Rischio Clinico, anche quale Responsabile del Procedimento viene relazionato quanto segue:

Premesso che

- gli interventi in paziente sbagliato, in parte del corpo sbagliata o con procedura errata rappresentano eventi sentinella particolarmente gravi, che possono e devono essere prevenuti, e che 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 della stessa équipe;
- il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella prevede la segnalazione della "Procedura chirurgica in paziente sbagliato" (evento n° 1) e della "Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)" (evento n° 2);
- le azioni, finalizzate alla prevenzione degli errori in tale ambito, sono da ricondursi a 5 fasi distribuite in tre periodi, ovvero:
 - I. Periodo di preparazione all'intervento;
 - II. Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria;
 - III. Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria).

Rilevato che

- l'attività chirurgica per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire il verificarsi di incidenti perioperatori e la buona riuscita degli interventi;
- risulta, inoltre, necessario dotare i Presidi Ospedalieri della ASL FG di un sistema di identificazione delle responsabilità dei percorsi perioperatori e di definizione puntuale dei processi relativi al paziente candidato all'intervento chirurgico o ad altra procedura con rischi intrinseci di errore di identificazione di paziente o di lato del corpo intervento, e definire procedure utili a regolamentare e standardizzare l'intero processo nei diversi punti critici che possono comportare gravi rischi per i pazienti, in termini di corretta identificazione di lato su cui intervenire.

Visto che:

- il Ministero della Salute ha diffuso nell'ottobre 2009 il "Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist", elaborato dal Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" detta le azioni da seguire per garantire la messa in sicurezza del paziente nell'ambito chirurgico;
- il Coordinamento Regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente costituito con deliberazione della Giunta Regionale del 12.07.2011, n. 1575, all'esito della riunione del 5.12.2012, ha approvato le indicazioni operative per l'implementazione su tutto il territorio regionale della check-list perioperatoria;
- con Delibera n. DG0977/13 del 12.06.2013 venivano adottate le istruzioni operative provvisorie relative alla "Safety List Perioperatoria" (codice documento – SL2013 – versione n. 1 del 6 Maggio 2013 – revisione n. 1 del 21 Maggio 2013).

Considerato che:

- al fine di pervenire ad una versione definitiva delle istruzioni operative sopra definite, con nota prot. AFG-0096629-2023 del 6.10.2023 si convocava gruppo di lavoro operativo, con previsto insediamento per il 12.10.2023;

- a seguito della riunione tenutasi in data 12.10.2023 si condivideva con il gruppo di lavoro la procedura provvisoria "Safety list peri-operatoria" del 21.05.2013 unitamente alla revisione proposta dalla S.S. Gestione Rischio Clinico concedendo 30 giorni per produrre eventuali modifiche e/o integrazioni;
- in data 23.01.2024 si trasmetteva al gruppo di lavoro la revisione della procedura aziendale, formulata alla luce delle modifiche suggerite, con la richiesta di dare riscontro in ordine ai contenuti proposti con indicazione di eventuali ed aggiuntive modifiche e/o integrazioni;
- in data 26.04.2024 si trasmetteva ai revisori versione definitiva, formulata alla luce di ulteriori integrazioni pervenute dal gruppo di lavoro, a cui seguivano mail di riscontro e conferma della procedura in oggetto.

Ritenuto

- di dover adottare safety list peri-operatoria per la sala di cardiologia interventistica proposta con nota prot. [0101370-2023](#) del 18.10.2023 dalla S.C. di Manfredonia, per approvazione ed adozione, all'interno dei PP.OO. della ASL FG Procedura Aziendale "check-list di sala operatoria"
- di dover implementare i modelli di check-list attualmente in uso così come rilevato all'esito di un giro per la sicurezza effettuato dalla SS di Gestione del Rischio Clinico presso l'UO di Chirurgia Generale del PO di Cerignola;

TANTO PREMESSO, si propone l'adozione dell'atto deliberativo concernente l'argomento indicato in oggetto, di cui ognuno nell'ambito della propria competenza, attesta la legittimità e conformità alla vigente normativa europea, nazionale e regionale;

L' Istruttore Dott.ssa Maria Silvestre

Il Responsabile Dott.ssa Carmela Fiore

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio Giuseppe Nigri nominato con deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n.77 del 06.02.2023

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

ESAMINATA e FATTA propria la relazione istruttoria e la proposta del Dirigente Dott.ssa Carmela Fiore, Responsabile ad interim S.S. Gestione Rischio Clinico

DELIBERA

Per quanto in premessa e qui integralmente richiamato:

- 1) di approvare la “Procedura per l’Utilizzo della Safety List Perioperatoria”, che si allega al presente atto per farne parte integrante e da considerarsi quale implementazione delle Istruzioni operative Povvisorie – safety lis perioperatoria;
- 2) di disporre l’adozione della Safety List Perioperatoria Chirurgica, della Safety List Interventistica Cardiologica, della Safety List Oculistica come stabilito dalla Procedura, quale parte integrante della cartella clinica di ogni paziente;
- 3) 3. di demandare alla S.S. U.R.P la stampa dei modelli di check list, così come definiti nella procedura, da inserire nelle cartelle cliniche in formato cartaceo;
- 4) di demandare alla S.S. SIA l’adeguamento dei modelli di check list, così come definiti nella procedura, nella cartella clinica informatizzata;
- 5) di demandare alla S.S. U.R.P., la pubblicazione degli allegati della procedura aziendale, alla sezione Rischio Clinico;
- 6) di notificare copia della presente deliberazione ai Direttori Medici di PP.OO e per il loro tramite al personale medico ed infermieristico delle UU.OO. Chirurgiche/Interventistiche e di Anestesia dell’ASL FG nonché a tutto il personale medico ed infermieristico che presta servizio nel blocco operatorio;
- 7) di trasmettere copia del presente provvedimento alle OO.SS.:
 - del personale del comparto,
 - del personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnico e amministrativa,
 - del personale della dirigenza medico-veterinaria.
- 8) di trasmettere il presente atto al Coordinamento Regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente – Regione Puglia – Assessorato al Welfare – Ufficio n. 3 - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica – via Gentile, 52 70126 Bari;
- 9) di dare esecutività immediata al presente atto con la pubblicazione dello stesso sul sito web aziendale.

Il Direttore Sanitario

F.to Dott.ssa Mara Masullo

Il Direttore Amministrativo

F.to Dott. Michelangelo Armenise

Il Direttore Generale

F.to Dott. Antonio Giuseppe Nigri

Registrazione dell'annotazione di costo

Esercizio economico anno _____

Codice conto	Importo presente deliberazione	Totale annotazione di conto

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE	CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
Protocollo n. _____ del _____ Il Funzionario _____	AFFISSA E PUBBLICATA ALL' ALBO AZIENDALE DI QUESTA AZIENDA ASL Dal _____ _____ _____ al _____ senza opposizioni Data _____ Il Funzionario _____

PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO
Foggia _____ Il Responsabile _____