

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

## ***PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA***

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<p>Dott.ssa Maria Silvestre Dirigente Medico S.S. Rischio Clinico</p> <p>Dott. Massimo Giorgio Galante Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. "G . Tatarella" di Cerignola</p> <p>Dott. Savino Tristano Coordinatore Infermieristico S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. "G . Tatarella" di Cerignola</p> <p>Dott. Giovanni Bisceglia Direttore S.C. Chirurgia Generale P.O. "G . Tatarella" di Cerignola</p> <p>Dott. Tommaso Petitti Direttore S.C. Chirurgia Generale P.O. "T. Masselli Mascia" di San Severo</p> <p>Dott. Vito Sollazzo Direttore S.C. Cardiologia P.O. "T. Masselli Mascia" di San Severo</p> <p>Dott.ssa Lara Rita Napolitano Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio</p> <p>Dott. Davide Nardella Coordinatore Infermieristico S.C. Cardiologia P.O. "T. Masselli Mascia" di San Severo</p> <p>Dott.ssa Teresa Ortuso Specialista in Formazione in Igiene e Medicina Preventiva</p>	<p>Dott.ssa Carmela Fiore Responsabile ad interim S.S. Rischio Clinico ASL FG</p> <p>Dott. Massimo Giorgio Galante Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. "G . Tatarella" di Cerignola</p> <p>Dott. Livio Tullo Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. "Masselli Mascia" di S.Severo</p> <p>Dott. Pierpaolo Ciavarella Dirigente Medica Direzione Medica di Presidio P.O. "G . Tatarella" di Cerignola</p> <p>Dott. Francesco Paolo Gambarelli Resp. Direzione Medica di Presidio P.O. "Masselli Mascia" di San Severo</p> <p>Dott. Savino Dimalta Resp. f.f. Direzione Medica di Presidio P.O. "San Camillo de Lellis" di Manfredonia</p>	<p>Dott.ssa Mara Masullo Direttrice Sanitaria ASL FG</p>

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

## INDICE

Premessa	3
Obiettivi e campi di applicazione	3
Definizioni	4
Modalità operative	5
Comunicazione in Sala Operatoria	13
Responsabilità	15
Segnalazione	16
Indicatori di monitoraggio	17
Revisioni	17
Bibliografia e Riferimenti Normativi	17
Allegato 1	19
Allegato 2	20
Allegato 3	24
Allegato 4	32

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

## 1. PREMESSA

Sulla base delle raccomandazioni “Guidelines for Surgery” l’OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria contenente 19 item, quale strumento guida per l’esecuzione dei controlli, a supporto delle équipes 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 post-operatorie. Tale strumento sostiene sia i cambiamenti di sistema, sia i cambiamenti dei comportamenti individuali rafforzando gli standard per la sicurezza ed i processi di comunicazione, contrastandone i possibili fattori di fallimento. La checklist è stata oggetto di sperimentazione in un recente studio prospettico, condotto su un campione di otto ospedali di diversi Paesi, con un disegno dello studio di tipo before – after; dallo studio è emerso che l’implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie. In particolare, si è rilevato che il tasso di complicanze che era dell’11% nella fase precedente l’implementazione della checklist è sceso fino al 7% dopo l’introduzione della stessa ( $p < 0,001$ ); alla stessa maniera il tasso di mortalità intra ospedaliera si è ridotto dall’1,5% allo 0,8% ( $p < 0,003$ ), il tasso di infezione del sito chirurgico si è ridotto dal 6,2% al 3,4% ( $p < 0,001$ ), mentre il ritorno non programmato in sala operatoria è diminuito dal 2,4% al 1,8% ( $p = 0,047$ ). A fronte dei diversi limiti dello studio, i risultati osservati suggeriscono che l’utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Anche l’agenzia nazionale per la sicurezza dei pazienti del Regno Unito (NPSA) ha recentemente adatto alla propria realtà la checklist dell’OMS raccomandando ufficialmente (national alert) di utilizzarla su tutti i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in Inghilterra e nel Galles. Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell’OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

## 2. OBIETTIVI E CAMPO DI APPLICAZIONE

L’obiettivo è quello di migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici, richiamando l’attenzione sul rispetto dei controlli minimi di sicurezza su passaggi ritenuti particolarmente critici, mediante la compilazione di una check list di sala operatoria.

La checklist è progettata per creare una consapevolezza collettiva nella équipe chirurgica circa la sicurezza dei processi che i diversi componenti dell’equipe stanno avviando e/o hanno avviato. Gli obiettivi specifici possono essere così sintetizzati:

- operare il paziente corretto ed il sito corretto;
- prevenire la ritenzione di materiale chirurgico;
- identificare in modo corretto i campioni chirurgici;
- corretto posizionamento del paziente;
- prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali;
- gestire le vie aeree e la funzione respiratoria;
- controllare e gestire il rischio emorragico;

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

- prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica;
- gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio;
- prevenire il tromboembolismo postoperatorio;
- prevenire le infezioni del sito chirurgico.

Tale procedura deve essere osservata da tutti gli operatori sanitari che operano nelle unità operative di chirurgia generale e specialistica, complessi operatori, dei Presidi Ospedalieri della ASL FG.

### 3. DEFINIZIONI

**Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti:** sono tutte le indicazioni, rivolte alle strutture sanitarie e/o ai professionisti, finalizzate alla riduzione del rischio di occorrenza di eventi avversi e prodotte da istituzioni del SSN nell'ambito del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella proposto dal Ministero della salute.

**Sicurezza dei pazienti:** dimensione 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.

**Sign – In:** prima fase della checklist. Si svolge prima dell'induzione dell'anestesia; richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende sette controlli.

**Time – Out:** seconda fase della checklist. 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 sette controlli.

**Sign –Out:** è la terza fase della checklist. Ha l'obiettivo di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe e al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. 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.

**OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità.

**U.O.:** Unità Operativa.

**Équipe operatoria:** l'équipe operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Interventi chirurgici:** sono 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.

**Evento avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

**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.

**Coordinatore checklist:** è l'operatore identificato per ogni seduta operatoria tra i componenti dell'équipe operatoria, che soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item. L'OMS ed il Ministero della Salute suggeriscono di identificare il coordinatore con un Infermiere/a di sala operatoria. Il coordinatore di checklist NON è il coordinatore infermieristico dell'U.O.

**Coordinatore infermieristico:** è il professionista coordinatore che assume un ruolo manageriale caratterizzato da funzioni direttive, organizzative, gestionali e formative nelle unità operative e nei dipartimenti dei servizi sanitari (Legge n.43/2006 all'art.6). Equipe operatoria: comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici non è attribuibile al singolo chirurgo, ma a tutti i componenti dell'équipe

**Consenso informato:** processo con cui il paziente -o chi ne ha la tutela legale-, sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e ai benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un trattamento medico, fornisce il suo consenso libero e consapevole all'esecuzione dello stesso, dopo essere stato adeguatamente formato ed informato.

#### 4. MODALITA' OPERATIVE

Le azioni per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura prevedono una procedura che si svolge in **5 fasi distribuite in tre periodi**, che precedono l'esecuzione dell'intervento e che sono schematizzate nell'allegato 1:

A ) Periodo di preparazione all'intervento (nei giorni o nelle ore che precedono l'intervento)

1° fase: consenso informato

2° fase: contrassegnare il sito operatorio

B) Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

3° fase: identificazione paziente

C) Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria).

4° fase: time out

5° fase: double check

Le attività previste nelle 5 fasi considerate vanno documentate tramite una checklist (allegati n. 2 – 3 - 4) articolata in 21 item distinti in 3 fasi, da includere al registro operatorio.

L'applicazione della Checklist deve essere accompagnata da una corretta ed esauriente "informazione al paziente", specificando la sua funzione e l'importanza di tutti i controlli che vengono effettuati.

Preliminarmente dovrà essere specificato il tipo di intervento chirurgico che si sta per eseguire (intervento chirurgico programmato, in urgenza, in emergenza, day surgery, day service) ed il tipo di anestesia praticata (generale, locale, loco-regionale, nessuna anestesia).

Nella pratica clinica si possono incontrare casi particolari nei quali le condizioni cliniche del paziente sono caratterizzate da una grave patologia per la quale è necessario un trattamento chirurgico immediato. Si tratta di quei casi in cui un intervento chirurgico non immediato può associarsi al decesso del paziente o all'instaurarsi di danni irreversibili.

In particolare si parla di **EMERGENZA** in casi di condizioni cliniche con imminente pericolo per la vita del paziente che richiede immediato intervento chirurgico salva-vita, salva-organo, salva-arto, ovvero situazioni critiche nelle quali l'intervento chirurgico è simultaneo alle manovre di rianimazione. In questi casi l'intervento chirurgico in emergenza deve essere espletato nell'arco di minuti.

Si definiscono **URGENZE** situazioni ad insorgenza acuta ovvero di deterioramento clinico o di situazioni potenzialmente rischiose per la sopravvivenza della persona, di un organo o di un arto o di condizioni che richiedano interventi chirurgici per la fissazione di fratture, per il sollievo del dolore o da altri sintomi stressogeni. In tali casi si dovrà espletare l'intervento chirurgico nell'arco di ore.

**Solo nelle situazioni cliniche di EMERGENZA, l'equipe operatoria può procedere direttamente all'esecuzione dell'intervento chirurgico senza utilizzare la checklist.** Il primo chirurgo operatore dovrà evidenziare la situazione di emergenza che ha condotto l'equipe a non utilizzare la checklist, annotando nel verbale operatorio un'opportuna dichiarazione e barrando la corrispondente casella sulla checklist.

Di seguito si analizzano le fasi del processo.

#### 4.1 TRASFERIMENTO

Di seguito vengono declinate le verifiche da eseguire prima dell'ingresso in sala operatoria:

##### A. MEDICO DI UNITA' OPERATIVA

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Identità del paziente

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

- Completezza della cartella clinica
- Acquisizione del consenso informato chirurgico
- Acquisizione del consenso informato anestesiologicalo firmato
- Marcatura del sito (lato/livello) con pennarello dermografico, confermato dal paziente
- Allergie segnalate in cartella
- Prescrizioni anestesiologicalhe
- Prescrizione antibiotico-profilassi preoperatoria
- Prescrizione profilassi antitrombotica venosa
- Verifica presenza di defibrillatore impiantato (se da disattivare)
- Disponibilità di sangue se perdita di sangue stimata > 500 ml (7 ml/Kg bambini)

#### **B. INFERMIERE DI UNITA' OPERATIVA**

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Identità del paziente
- Presenza della cartella e documentazione clinica (FUT, immagini Rx, foto, etc)
- Verifica corretto posizionamento del paziente sul letto/barella
- Presenza nulla osta anestesiologicalo
- Verifica igiene personale del paziente
- Eventuale rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), smalto e trucco
- Eventuale rimozione protesi dentarie mobili
- Eventuale rimozione protesi acustiche
- Eventuale rimozione lenti a contatto
- Rispetto del digiuno
- Rimozione vestiario - pannolini
- Presenza della determinazione del gruppo sanguigno
- Presenza richiesta e disponibilità di sangue
- Somministrazione profilassi antibiotica
- Somministrazione profilassi antitrombotica venosa (mezzi fisici / eparina)
- Tricotomia
- Necessità farmaci (antibiotici, altro) da portare in SO
- Preparazione intestinale
- Presenza catetere vescicale

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

### **c. INFERMIERE DI SALA OPERATORIA**

L'infermiere di Unità Operativa annoterà, nell'apposito spazio, l'orario di trasferimento in sala operatoria.

Solo se tutte le voci sono state verificate (e hanno dato esito positivo ai fini dell'intervento), il paziente potrà essere avviato all'induzione dell'anestesia con tutta la documentazione necessaria (compreso lo stesso modulo "Safety List" correttamente compilato e firmato).

Tale attività dovrà essere svolta per tutti i pazienti da sottoporre a procedura/intervento chirurgica/o, con responsabilità assegnata al medico e all'infermiere di Unità Operativa, rispettivamente secondo le attribuzioni/piani di lavoro stabiliti, sotto la supervisione del Direttore/Coordinatore dell'U.O. ciascuno per la propria competenza.

#### **4.2 SIGN-IN**

Tale fase si svolge prima dell'induzione dell'anestesia; richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende sette controlli:

#### **A. INFERMIERE DI SALA OPERATORIA (COORDINATORE DELLA CHECKLIST)**

Il coordinatore della checklist verifica:

- la correttezza dell'identità, del sito, della procedura e che sia stato dato il consenso all'intervento chirurgico;
- la corrispondenza dei dati anagrafici in cartella/lista operatoria;
- avvenuta rimozione protesi e monili
- eventuale segnalazione di allergia a farmaci
- integrità kit monouso e sterilità strumentario chirurgico
- controllo funzionamento apparecchiature elettromedicali
- corretto posizionamento dispositivi prevenzione cadute (spondine, etc.)
- presenza della marcatura del sito chirurgico (lato/livello)
- avvenuta somministrazione antibiotico-profilassi se prevista
- presenza del SNG
- presenza catetere vescicale

#### **B. MEDICO ANESTESISTA**

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Identità del paziente
- Conferma della procedura da eseguire
- Corretta posizione del paziente sul letto operatorio

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

- Presenza del consenso informato anestesiológico
- Controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci)
- Valutazione gestione vie aeree e rischio aspirazione
- Verifica presenza pace-maker: se si, comunicazione all'equipe
- Verifica disattivazione defibrillatore impiantato se presente

### **C. MEDICO CHIRURGO**

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Identità del paziente
- Conferma della procedura da eseguire
- Verifica presenza del consenso informato chirurgico
- Corretta marcatura del sito chirurgico lato/livello

## **4.3 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 sette controlli.

### **4.3.1. 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.

Nel caso in cui l’équipe chirurgica sia consolidata e risulti ridondante la presentazione dei componenti, sarà sufficiente definire in maniera inequivocabile, per ogni intervento chirurgico, il ruolo di ciascuno.

### **4.3.2 Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano l’identità del paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento**

L’infermiere, in qualità di coordinatore della checklist, chiede all’équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica, la corretta compilazione del consenso informato, il sito chirurgico e il corretto posizionamento del paziente rispetto all’intervento programmato (ad esempio l’infermiere 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.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

#### **4.3.3. Anticipazione di eventuali criticità chirurgiche**

Successivamente il Chirurgo revisiona gli elementi critici del proprio programma operatorio, (ad esempio durata dell'intervento, eventuale rischio emorragico ecc.) ed informa l'equipe se prevede possano esserci passaggi critici o inattesi come ad esempio il prolungamento della durata dell'intervento chirurgico, eventuali variazioni della procedura rispetto alla programmazione ecc.

Nel caso in cui si contrassegni la casella "Si", le criticità rilevate dovranno essere brevemente esplicitate nell'apposito spazio.

#### **4.3.4. Anticipazione di eventuali criticità anestesiolgiche**

L'Anestesista revisiona gli elementi critici del proprio programma operatorio ed informa il resto dell'equipe su aspetti quali comorbidità o condizioni particolari del paziente che possano rappresentare dei momenti critici per la gestione intraoperatoria anestesiolgica del paziente (es. definizione della scala ASA).

#### **4.3.5. Anticipazione di eventuali criticità infermieristiche**

L'infermiere conferma al resto dell'equipe le verifiche effettuate riguardanti lo strumentario, la disponibilità dei dispositivi medici necessari, compresi il conteggio di garze, taglienti e corretto posizionamento della piastra dell'elettrobisturi ed altre eventuali criticità (ad esempio l'infermiere potrebbe dire "la sterilità è stata verificata, non ci sono altri elementi di particolare preoccupazione").

#### **4.3.6. Profilassi antibiotica**

Il coordinatore chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 60 minuti precedenti l'inizio dell'intervento chirurgico. 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, dovrà essere somministrata la dose aggiuntiva di antibiotico. Fino a quando la dose aggiuntiva non sia stata somministrata, l'infermiere deve lasciare la relativa casella in bianco. Nei casi in cui la profilassi antibiotica non sia raccomandata, bisognerà contrassegnare la casella non applicabile (n.a.).

#### **4.3.7. Visualizzazione immagini**

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 sia necessaria per l'intervento; in caso affermativo, conferma che le immagini essenziali siano disponibili nella sala e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

Le informazioni registrate in questa sezione di "TIMEOUT" sono raccolte dal Coordinatore della Checklist. Tale sezione viene controfirmata alla fine dell'intervento/procedura chirurgico/a da parte di ciascun componente dell'equipe chirurgica, secondo le specifiche attribuzioni e responsabilità.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

#### 4.4 SIGN-OUT

Il Sign Out ha l'obiettivo di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe e al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. 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.

In particolare, prima che il paziente lasci la Sala Operatoria.

##### A. INFERMIERE STRUMENTISTA

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Avvenuto conteggio degli strumenti
- Avvenuto conteggio delle garze
- Avvenuto conteggio degli aghi

##### B. MEDICO CHIRURGO

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Trascrizione intervento chirurgico sul registro operatorio
- Richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione
- Piano profilassi tromboembolismo post-operatorio
- Aggiornamento terapia sul Foglio Unico di Terapia

##### C. ANESTESISTA

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Verifica stato di coscienza e delle condizioni cardio – respiratorie
- Compilazione della cartella anestesiologicala
- Aggiornamento terapia sul FUT

##### D. INFERMIERE DI SALA OPERATORIA

Esegue la verifica firmando nell'apposito spazio per:

- Verifica che il paziente sia cosciente e vigile
- Valutazione parametri vitali: PA - FC - SO<sub>2</sub>
- Verifica corretto posizionamento dispositivi prevenzione cadute (spondine, etc.)
- Conferma conteggio garze effettuato unitamente all'infermiere che strumentata
- Presenza corretto funzionamento dei drenaggi
- Catetere vescicale
- Sondino Naso Gastrico
- Presenza elastomero o altra terapia antalgica

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

- Consegna della richiesta e del campione istologico all'infermiere dell'U.O.
- Consegna della documentazione clinica, compreso il FUT

In calce alla sezione l'Infermiere di sala operatoria annota l'orario in cui il paziente lascia la Sala e firma nello spazio predisposto. Alla fine dell'intervento il paziente non deve per alcun motivo essere lasciato privo di assistenza e controllo, fino a quando non verrà dimesso dal blocco operatorio per essere accompagnato in Unità Operativa.

E' responsabilità del Coordinatore/Preposto di Sala l'applicazione di tale misura di sicurezza.

In relazione alle condizioni cliniche del paziente l'Anestesista responsabile dà l'assenso alla dimissione del paziente dal blocco operatorio per essere accompagnato alla degenza ordinaria o, secondo i casi, in terapia intensiva.

#### **4.5 RIENTRO IN UNITA' OPERATIVA**

Di seguito vengono declinate le verifiche da eseguire le rientro nell'Unità Operativa.

##### **A. INFERMIERE DI UNITA' OPERATIVA**

All'arrivo del paziente nell'Unità Operativa, l'infermiere avrà provveduto ad attribuire al personale di supporto l'indicazione di come sistemare la stanza di degenza per accogliere il paziente. L'infermiere di U.O. provvederà a:

- annotare l'orario di arrivo nello spazio predisposto
- eseguire la verifica, firmando nell'apposito spazio, per:
  - Identità del paziente e corrispondenza cartella clinica
  - Controllo parametri vitali e stato di coscienza
  - Controllo medicazione del sito chirurgico
  - Controllo delle prescrizioni terapeutiche (FUT, O2, liquidi infusionali, analgesia)
  - Controllo prescrizione degli esami strumentali
  - Controllo del catetere venoso periferico/centrale
  - Controllo/annotazione drenaggi, sondino naso gastrico, catetere vescicale

A corredo della checklist e per renderne un uso più fruibile, è stato prodotto dal Ministero materiale di informazione, che è composto dai seguenti tre video illustrativi:

1. Come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure semplici  
<https://www.youtube.com/watch?v=YroYBYB5kC8&list=PL554BF950C2466B1B&index=4>
2. Come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure complesse  
<https://www.youtube.com/watch?v=j7jJ3vfPq0U&index=8&list=PL554BF950C2466B1B>
3. Come non si usa la checklist in sala operatoria  
<https://www.youtube.com/watch?v=wRbEE3ic3nM&list=PL554BF950C2466B1B&index=8>

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**N. B.:** La procedura della conta delle garze e strumenti viene svolta durante l'esecuzione dell'intervento chirurgico con le consuete modalità ed utilizzando la specifica "scheda contagarze", prima di avviare la chiusura della parete addominale/toracica (o, quando necessario, di altri recessi). (cfr. Istruzioni Operative: "Utilizzo della scheda per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico". approvate con deliberazione del Direttore Generale n. 1095/13 del 05/07/2013).

**La checklist, correttamente compilata, deve essere firmata dal chirurgo, anestesista, infermiere di sala e infermiere strumentista; diversamente il paziente non può lasciare la sala operatoria.**

## **5. COMUNICAZIONE IN SALA OPERATORIA**

Una frequente causa di errori sanitari ed eventi avversi, che possono generare gravi danni ai pazienti, è rappresentata dai fallimenti della comunicazione, quali omissioni di informazioni, errate interpretazioni, conflitti intercorrenti tra i componenti dell'équipe. Il Manuale Ministeriale per la sicurezza in sala operatoria, nel promuovere un'efficace comunicazione, enfatizza tre aspetti particolarmente decisivi: la fase pre-operatoria, la fase post-operatoria e le caratteristiche della documentazione sanitaria del paziente. I Direttori di U.O. devono favorire le discussioni interdisciplinari per assicurare un'adeguata pianificazione e preparazione di ogni intervento chirurgico, rafforzando i processi di comunicazione all'interno dell'équipe. L'applicazione della checklist in tutte le fasi di sign - in, time - out e sign - out favorisce i processi di comunicazione all'interno dell'équipe chirurgica.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

QUANDO	CHI	COME
Fase pre-operatoria	Chirurgo 1° operatore	Deve sempre assicurarsi che i componenti dell'intera équipe siano informati su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• criticità dell'atto operatorio</li> <li>• entità del rischio emorragico</li> <li>• uso di eventuali dispositivi necessari per l'intervento (strumenti, impianti, e apparecchiature per la diagnostica per immagini intra-operatoria o di anatomia patologica)</li> <li>• qualsiasi eventuale variazione tecnica rispetto alla procedura standard attraverso modalità di comunicazione tracciabili definite all'interno della propria UO.</li> </ul>
	Anestesista	Deve comunicare ai componenti dell'équipe le eventuali criticità legate alla condizione clinica del paziente.
	Infermiere	Deve comunicare ai componenti dell'équipe operatoria eventuali criticità organizzative, come ad esempio la non disponibilità di particolari strumentazioni.
Fase post-operatoria	Chirurgo 1° operatore	Deve informare i componenti dell'équipe operatoria di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tutte le eventuali variazioni apportate alla strategia chirurgica nel corso della procedura,</li> <li>• possibili problematiche postoperatorie e degli elementi essenziali</li> <li>• piano postoperatorio (antibiotici, profilassi della trombosi venosa profonda, drenaggi e medicazione della ferita)</li> </ul>
	Anestesista	Deve: <ul style="list-style-type: none"> <li>• riferire ai componenti dell'équipe le condizioni cliniche del paziente registrate durante l'intervento</li> <li>• dare tutte le istruzioni necessarie per garantire un sicuro recupero nel post operatorio. Le consegne devono essere dedicate e differenziate a seconda che si trasferisca il paziente in reparto o in terapia intensiva.</li> </ul>
	Infermiere	Deve rendere note all'équipe eventuali problematiche riscontrate durante l'intervento o nella fase postoperatoria.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

Tutte le informazioni riguardanti il paziente chirurgico devono essere registrate nella documentazione sanitaria in modo accurato e completo e devono recare la firma di chi le ha riportate.

### **5.1 METODO SBAR**

Per promuovere un'efficace comunicazione il GdL propone uno strumento standardizzato di comunicazione tra operatori: il metodo S.B.A.R. SBAR è un acronimo inglese:

S situation (situazione)

B background (contesto)

A assessment (valutazione)

R recommendation (raccomandazione).

Si tratta di una tecnica di comunicazione messa a punto per aree critiche da parte delle forze armate statunitensi e introdotta negli ospedali degli Stati Uniti a partire dagli anni '90. È un modello di comunicazione breve e circostanziata, che fa uso di affermazioni chiare e di un linguaggio critico. Medici, personale infermieristico ed altro personale sanitario di solito comunicano in stili diversi, per cui una modalità univoca è determinante per ridurre gli errori.

I punti chiave sintetici di questa metodologia di comunicazione in ambito sanitario sono i seguenti:

- Il lavoro di gruppo rende tutti i membri del gruppo stesso motivati e più tranquilli, potendo contare sull'apporto reciproco. Una direzione e condotta delle procedure con un sistema gerarchico più orizzontale che verticale consente di ottimizzare le risorse umane.
- Gli errori individuali si riducono, in quanto il sistema crea delle protezioni successive (controlli, discussione, esame dell'eventuale errore verificatosi).
- La comunicazione deve essere breve, circostanziata e focalizzata sul problema da risolvere.
- La gestione delle situazioni complesse avviene meglio con delle regole semplici e codificate.
- La tecnica del "debriefing", ossia della rapida e immediata discussione della procedura svolta, è utile allo scopo di apporre migliorie in continuazione. Possono bastare anche pochi minuti spesi in modo riassuntivo e critico per migliorare le prestazioni successive.
- Le differenze comunicative sono varie non solo tra le diverse figure professionali, ma anche tra individuo e individuo. Per raccordare queste differenze, uno standard condiviso comunicativo è auspicabile.

### **6.RESPONSABILITA'**

La U.O. Gestione del Rischio Clinico progetta, promuove e diffonde la procedura alle Direzioni Sanitarie di Presidio della ASL FG. Le suddette Direzioni sono responsabili della capillare diffusione ed applicazione della procedura nonché del relativo monitoraggio. Il Personale Sanitario coinvolto nell'assistenza ai pazienti ha la responsabilità dell'applicazione di tutte le indicazioni contenute nella presente procedura. La U.O. Gestione del Rischio Clinico monitora eventuali eventi sentinella correlati a non corretta compilazione della check list di sala operatoria.

R=RESPONSABILE C=COINVOLTO I=INFORMATO

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

Attività		CPS Inf/ost Chirurgo					
SIGN IN	Conferma del paziente di identità, procedura, sito e consenso	R	I		I		
	Controllo marcatura sito chirurgico	R	C		I		
	Controlli per la sicurezza dell'anestesia e corretto posizionamento del pulsossimetro	R			R		
	Identificazione dei rischi del paziente	R	I		R		
TIME OUT	Presentazione dell'equipe	R	C	C	C	C	
	Conferma identità paziente, sito, procedura e corretto posizionamento	C	R		R		
	Anticipazione di eventuali criticità	C	R	R	R		
	Controllo profilassi antibiotica	C			R		
	Visualizzazione immagini diagnostiche	C	R			C	
SIGN OUT	Conferma conteggio finale garze, aghi, bisturi e strumentario	C	C	R			
	Etichettatura campione chirurgico	R	C				
	Segnalazioni problemi dispositivi medici	R	C	C			I
	Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria	C	R	R	R		
	Profilassi tromboembolismo	C	R		C		

## 7.SEGNALAZIONE

La segnalazione degli eventi legati alla sicurezza delle cure deve essere effettuata compilando la **SCHEDA DI INCIDENT REPORTING**, adottata con deliberazione del Direttore Generale n.67 del 22/01/2015 e disponibile sul sito aziendale.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

L'evento sentinella "Intervento in paziente sbagliato, in parte del corpo sbagliata e procedura errata" è sottoposto a obbligo di segnalazione secondo il Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute.

Tale segnalazione obbligatoria si effettua secondo quanto definito nelle istruzioni operative aziendali "Segnalazione/gestione degli eventi avversi" adottate con delibera del Direttore Generale n. 67 del 22/01/2015.

Il referente aziendale per la gestione del rischio clinico, secondo quanto previsto dalla procedura ministeriale per la segnalazione e trasmissione degli eventi sentinella, provvederà a compilare la scheda A, ed inviarla al Ministero, anche per il tramite della regione di appartenenza, attraverso il Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (SIMES) entro 48 ore dal verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso.

L'evento sarà oggetto di Audit da parte dell'U.O. di Rischio Clinico per la pianificazione delle azioni di miglioramento.

È responsabilità del referente aziendale per la gestione del rischio clinico trasmettere i risultati dell'analisi e le azioni correttive applicate, con la compilazione della scheda B e la trasmissione della medesima al Ministero, attraverso il SIMES, entro 45 giorni dalla segnalazione.

## 8. INDICATORE DI MONITORAGGIO

**Indicatore: Numero di checklist compilate in ogni voce/numero dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.**

Il monitoraggio, a cadenza semestrale, eseguito a cura della Direzione Medica di Presidio per gli interventi ospedalieri, deve riguardare un campione di almeno il 5 % delle cartelle cliniche dei pazienti nei quali è stata eseguita una procedura chirurgica e lo standard dovrà essere  $\geq 95$  %.

Dal monitoraggio dovranno essere escluse le checklist relative ad interventi chirurgici eseguiti in emergenza.

Il report così definito sarà inoltrato alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla S.S. Gestione Rischio Clinico.

## 9. REVISIONI

Eventuali revisioni, a carico della U.O. Gestione del Rischio Clinico, sono previste sulla base dei risultati delle attività di monitoraggio, dei suggerimenti degli operatori e/o integrazioni di normative nazionali/regionali.

## 10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Attività di ricovero 2007. Disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezDocumenti.jsp?label=osp>
2. Haynes AB, Weiser TG, Gawande AA et al A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine. 2009; 360(5):491-9
3. Informazioni disponibili sul sito dell'NPSA: <http://www.npsa.nhs.uk/>

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

4. Raccomandazione n. 2 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>) 2, Marzo 2008
5. Raccomandazione n. 3 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp>).
6. Ministero della Salute: Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist .Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009
7. Leonard, M., S. Graham and D. Bonacum. 2004. "The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care." Quality and Safety in Health Care 13: 85-90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>
8. Weaver SJ, Rosen MA et al Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010 Mar;36(3):133-42
9. Leonard, M., S. Graham and D. Bonacum. 2004. "The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care." Quality and Safety in Health Care 13: 85-90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 1 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura.**

<u>A. Periodo di preparazione all'intervento (giorni o ore precedenti l'intervento)</u>	<u>B. Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria</u>	<u>C. Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)</u>
<p><b>1° Fase: Consenso informato</b> Deve includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome del paziente</li> <li>• Nome della procedura</li> <li>• Sito e lato dell'intervento</li> </ul> 	<p><b>3° fase: Identificazione del paziente</b> Un componente dell'equipe deve chiedere al paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e cognome</li> <li>• Data di nascita</li> <li>• Motivazione dell'intervento</li> <li>• Sito e lato</li> </ul> 	<p><b>4° Fase: "Time Out"</b> Prima dell'intervento deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• corretta identificazione del paziente</li> <li>• corretta procedura chirurgica</li> <li>• corretto posizionamento del paziente</li> <li>• corretta sede e lato</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>TIME OUT</b></p> <p><i>Il TIME OUT deve coinvolgere l'intera equipe operatoria.</i></p> 
<p><b>2° Fase: Marcare il sito operatorio</b> Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'equipe che effettuerà l'intervento</p>  <p><i>NON contrassegnare altre parti al di fuori del sito operatorio</i></p>	<p><i>CONTROLLARE che le risposte siano congruenti rispetto alla documentazione clinica, al consenso informato, al sito contrassegnato e ad eventuali sistemi di identificazione.</i></p>	<p><b>5° Fase: "Double Check"</b> Due componenti dell'equipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identità del paziente</li> <li>• sito chirurgico</li> </ul> 

Adattato da: National Center for Patient Safety, Department of Veterans Affairs

Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 2 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Chirurgia. Pag. 1/4**



1/4

CHECKLIST PERIOPERATORIA				PRIMA DELL'INGRESSO IN SALA		
REPARTO						
PAZIENTE:				DATA DI NASCITA:		
INTERVENTO/PROCEDURA				DATA		URGENZA
<input type="checkbox"/> OPEN	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPICO	<input type="checkbox"/> LAPAROSCOPICO	ALTRO:	SI	NO	
MEDICO DI REPARTO				SI	NO	Non Previsto
	Confermata identità paziente e stato di coscienza					
	Completezza cartella clinica					
	Marcatura sito chirurgico dove necessaria con conferma verbale del paziente con pennarello dermografico					
	Segnalata in cartella presenza o assenza allergie ed eventuale prescrizione di terapia desensibilizzante					
	Prescritta antibiotico-profilassi preoperatoria					
	Prescritta terapia antitrombotica					
	Necessità richiesta sacche emocomponenti e determinazione del gruppo sanguigno per rischio emorragico se perdita di sangue stimata > 500 ml (7ml/kg nei bambini)					
	Acquisizione del consenso all'emotrasfusione ove prevista la probabilità					
	Acquisizione consenso informato per procedura dopo colloquio con paziente					
Acquisizione del consenso informato all'anestesia						
Presenza di pace-maker o defibrillatore						
NOTE:				FIRMA:		
INFERMIERE DI REPARTO	Confermata identità paziente e stato di coscienza					
	Verificata la presenza della copia del doc. d'identità e tessera sanitaria del pz per invio del campione istologico					
	Completezza cartella clinica e documentazione clinica					
	Marcatura sito chirurgico dove necessaria con conferma verbale del paziente					
	Eseguite igiene corretta, tricotomia e posizionati dispositivi di prevenzione della caduta					
	Presenza catetere vescicale					
	Presenza di pace-maker o defibrillatore					
	Rispetto del digiuno preoperatorio					
	Preparazione intestinale					
	Rimosse protesi mobili, trucco, smalto, monili e fatti indossare al paziente camice e cuffietta per la sala					
	Somministrata antibiotico-profilassi					
	Medicazione anestesiológica					
	Presenza richieste del chirurgo o anestesista di sacche di emocomponenti per rischio emorragico					
Presenza della determinazione del gruppo sanguigno.						
Il paziente lascia il reparto alle ore:				FIRMA:		
NOTE:				FIRMA:		

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n.2 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Chirurgia Pag.2/4**



2/4

CHECKLIST PERIOPERATORIA SIGN IN PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA				
INFERMIERE DI SALA:	Il paziente entra in sala ore:	FIRMA:		
		SI	NO	Non Previsto
INFERMIERE DI SALA OPERATORIA	Il paziente/tutore legale conferma verbalmente l'identità, la procedura, il sito chirurgico riportati in cartella			
	Corrispondenza dati anagrafici cartella/lista operatoria			
	Rimossi monili e protesi mobili del paziente			
	Posizionati correttamente dispositivi di prevenzione caduta			
	Verificate la sterilità e integrità del kit monouso, la presenza del materiale e dei farmaci, e il funzionamento delle apparecchiature necessari alla procedura			
	Verificata la presenza o assenza di allergie			
	Verifica marcatura sito chirurgico			
	Verifica presenza SNG			
	Verifica presenza catetere vescicale			
	Somministrazione dell'antibiotico-profilassi			
	Presenza richiesta sacche emocomponenti per rischio emorragico			
NOTE:		FIRMA:		

TIPO DI ANESTESIA:					
MEDICO ANESTESISTA	<input type="checkbox"/> Generale	<input type="checkbox"/> Analgosedazione	<input type="checkbox"/> Neuroassiale	<input type="checkbox"/> Plessica	<input type="checkbox"/> Locale
				SI	NO
					Non Previsto
		Verificata l'identità del paziente			
		Verificato che il paziente acconsenta alla procedura e abbia firmato il consenso anestesiologicalo			
		Verificato che la procedura a cui verrà sottoposto il paziente sia corretta			
		Verificata la presenza di pace-maker/defibrillatore			
		Verifica necessità di disattivare pace-maker/defibrillatore			
		Verificato che i farmaci, il materiale e le apparecchiature necessari per l'anestesia siano presenti e funzionanti			
		Presenza richiesta sacche emocomponenti per rischio emorragico			
	Valutati digiuno preoperatorio, gestione delle vie aeree e il rischio aspirazione				
NOTE:		FIRMA:			
MEDICO CHIRURGO		SI	NO	Non Previsto	
	Verificata l'identità del paziente				
	Verificato che il paziente acconsenta alla procedura e abbia firmato i consensi				
	Confermata procedura da eseguire				
	Verificata la corretta marcatura del sito chirurgico lato/livello				
	Verificata la presenza dei dispositivi medici necessari				
NOTE:		FIRMA:			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n.2 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Chirurgia Pag.3/3**



3/4

CHECKLIST PERIOPERATORIA TIME-OUT: DOPO L'INDUZIONE DELL'ANESTESIA, PRIMA DELL'INCISIONE				
		SI	NO	Non Previsto
<b>INFERMIERE DI SALA (Coordinatore TIME OUT)</b>	Sono stati chiariti i ruoli di ciascuno nella équipe			
	Infermiere, chirurgo e anestesista confermano l'identità del paziente, la procedura, il sito chirurgico			
	Infermiere, chirurgo e anestesista confermano che la posizione del paziente sul letto operatorio			
	Il chirurgo, l'anestesista, l'infermiere di sala e lo strumentista hanno espresso perplessità. Se si specificare nelle note quali			
	Il chirurgo ha anticipato i tempi operatori			
	L'anestesista ha specificato la classe ASA			
	Presenza richiesta sacche emocomponenti per rischio emorragico se necessaria			
	Confermate la presenza, la sterilità e la funzionalità del materiale necessario e la funzionalità delle apparecchiature			
	Necessità somministrazione di antibiotico-profilassi			
	Necessità visualizzazione immagini diagnostiche			
NOTE: FIRMA:				
Sanitario	Cognome e Nome	Firma		
CHIRURGO PRIMO OPERATORE				
CHIRURGO SECONDO OPERATORE:				
ANESTESISTA				
INFERMIERE STRUMENTISTA				
INFERMIERE DI SALA				

CHECKLIST PERIOPERATORIA SIGN OUT: PRIMA CHE CHIRURGO,ANESTESISTA,INFERMIERE DI SALA E PAZIENTE LASCINO LA SALA				
		SI	NO	Non Previsto
<b>INFERMIERE STRUMENTISTA</b>	Eseguita e confermata la conta garze			
	Eseguito conteggio degli strumenti			
	Eseguito conteggio degli aghi			
NOTE:		FIRMA:		
<b>MEDICO CHIRURGO</b>	Trascrizione dell'intervento chirurgico sul registro operatorio			
	Conferma conta garze e/o altro materiale con infermiere strumentista e di sala (vedi modulo adibito per dettagli)			
	Aggiornamento terapia sul FUT			
	Prescritta la profilassi per tromboembolismo			
	Compilazione richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione del campione			
NOTE:		FIRMA:		

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 2 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Chirurgia Pag.4/4**



4/4

	SI	NO	Non Previsto
<b>MEDICO ANESTESISTA</b>	Verificati stato di coscienza e parametri vitali e condizioni Cardiorespiratorie		
	Compilata correttamente la cartella anestesologica		
	Prescrizione della terapia antalgica sul FUT		
	Raccomandazioni post-operatorie da segnalare		
	Trasferimento in rianimazione		
<b>NOTE:</b>	<b>FIRMA:</b>		

	SI	NO	Non Previsto
<b>INFERMIERE DI SALA</b>	Conferma conteggio garze effettuato unitamente all'infermiere che strumenta		
	Verifica dello stato di coscienza del paziente		
	Verifica parametri vitali:PA-FC-SO <sub>2</sub>		
	Posizionamento presidi di prevenzione caduta		
	Verifica presenza e corretto funzionamento dei drenaggi		
	Posizionamento catetere vescicale		
	Verifica funzionamento elastomero o somministrazione di altra terapia antalgica		
	Riconsegnata documentazione completa compreso il FUT		
	Consegna della richiesta del campione istologico all'infermiere dell'unità operativa		
	Posizionamento sondino nasogastrico		
Il paziente lascia la sala operatoria alle ore:			
<b>NOTE:</b>	<b>FIRMA:</b>		
<b>CHECK LIST PERIOPERATORIA GOOD RETURN:AL RIENTRO IN UNITA' OPERATIVA</b>			
Reparto presso cui il pz viene trasferito:			

	SI	NO	Non Previsto
<b>INFERMIERE DI REPARTO</b>	Verifica identità del paziente, corrispondenza cartella clinica e completezza della documentazione		
	Controllo dei parametri vitali e stato di coscienza		
	Controllo delle medicazioni del sito chirurgico		
	Controllo prescrizione medica per profilassi tromboembolica		
	Controllo prescrizioni terapeutiche(FUT,O <sub>2</sub> ,liquidi infusionali, analgesia)		
	Controllo prescrizione esami strumentali		
	Controllo del catetere venoso periferico/centrale		
	Controllo/annotazione posizionamento presidi (drenaggi, SNG, catetere vescicale) e corretto funzionamento degli stessi		
Il paziente rientra in reparto alle ore:			
<b>NOTE:</b>	<b>FIRMA:</b>		

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 1/8**

	P.O.				
	S.C. <i>CARDIOLOGIA</i>				
	Direttore:				
	Tel				
	Mail				
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA - PRIMA CHE IL PAZIENTE LASCI IL REPARTO</b>					
UNITA' OPERATIVA: CARDIOLOGIA    UTIC    altro:					
Paziente:			Data di nascita ...../...../.....		
Intervento/procedura da eseguire:				DATA ...../...../.....	
URGENTE SI	NO	PERCORSO HUB	PRONTO SOCCORSO		
<b>VERIFICA</b>					
<b>MEDICO DI REPARTO</b>	Identità del paziente con stato di coscienza conservato		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON PREVISTA</b>
	Valutazione referti documentazione clinica (Esami ematici, RX torace, Ecocardio)				
	Presenza consenso informato firmato				
	Presenza modulo ARC - High Bleeding Risk (Rischio emorragico)				
	Presenza del foglio unico di terapia (FUT)				
	Presenza di allergie segnalate o documentate in cartella				
	Prescrizione antibiotico profilassi preoperatoria				
	Sospensione terapia tromboembolica				
	Prescrizione terapia desensibilizzante				
	Altro: ..... .....				
Firma del Medico di Reparto					
<b>INFERMIERE DI REPARTO</b>	Identità del paziente con stato di coscienza conservato				
	Completezza della documentazione clinica: esami ematici, RX torace, ecocardiografia, consenso informato, modulo ARC - High Bleeding Risk (Rischio emorragico)				

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 2/8**

	Rispetto del digiuno dalla mezzanotte			
	Reperimento accesso venoso di calibro 20 gauge secondo procedura			
	Presenza del foglio unico di terapia (FUT)			
	Presenza di allergie segnalate o documentate in cartella			
	Somministrazione antibiotico profilassi preoperatoria			
	Somministrazione terapia desensibilizzante			
	Controllo rimozione vestiario, pulizia del paziente e preparazione con camice e cuffia monouso			
	Controllo rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche, lenti a contatto, monili, smalto e trucco			
	Verifica corretta esecuzione tricotomia del torace, ascelle e inguine, secondo procedura			
	Controllo trasporto in sicurezza (spondine letto/barella secondo prescrizione)			
	Altro: ..... .....			
	<i>Firma dell'Infermiere di Reparto</i>			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 3/8**

	P.O.		
	S.C. CARDIOLOGIA		
	Direttore		
	Tel		
	Mail		
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA - PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA</b>			
UNITA' OPERATIVA: CARDIOLOGIA    UTIC    altro:			
Paziente:		Data di nascita ...../...../.....	
Intervento/procedura da eseguire:		DATA ...../...../..... .....	
URGENTE	NO	SI	PERCORSO HUB    PRONTO SOCCORSO
<b>VERIFICA</b>			<b>SI    NO    NON PREVISTA</b>
<b>MEDICO DI SALA</b>	Identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	Corrispondenza dati anagrafici del paziente con documentazione clinica e lista operatoria		
	Conferma della procedura da eseguire		
	Presenza consenso informato firmato		
	Presenza modulo ARC - High Bleeding Risk (Rischio emorragico)		
	Altro: .....		
	Firma del Medico Emodinamista/Elettrofisiologo		
<b>VERIFICA</b>			<b>SI    NO    NON PREVISTA</b>
<b>INFERMIERE DI SALA</b>	Identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	Corrispondenza dati anagrafici del paziente con documentazione clinica e lista operatoria		
	Conferma della procedura da eseguire		
	Completezza della documentazione clinica (Esami ematici, RX torace, Ecocardio, Consenso Informato, Modulo ARC - High Bleeding Risk (Rischio emorragico)		
	Inserimento dati poligrafo		
	Presenza del foglio unico di terapia (FUT)		

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 4/8**

	Avvenuta somministrazione antibiotico profilassi preoperatoria			
	Avvenuta sospensione terapia tromboembolica			
	Avvenuta somministrazione terapia desensibilizzante			
	Corretta preparazione del paziente			
	Avvenuta rimozione protesi mobili, lenti a contatto, monili, smalto e trucco			
	Avvenuta effettuazione tricotomia			
	Corretto trasferimento e posizionamento sul lettino operatorio			
	Monitoraggio parametri vitali			
	Applicazione piastra elettrobisturi			
	Applicazione piastra defibrillatore			
	Altro: ..... .....			
	<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			
<b>VERIFICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON PREVISTA</b>
<b>TSRM</b>	Accensione e preparazione apparecchiatura (Angiografo, Amplificatore di brillantezza)			
	Identità del paziente			
	Corrispondenza dati anagrafici del paziente con documentazione clinica e lista operatoria			
	Conferma della procedura da eseguire			
	Inserimento dati paziente nel software radiologico			
	Corretto utilizzo dei DPI da parte del personale per la protezione dalle radiazioni ionizzanti			
	Altro: ..... .....			
	<i>Firma del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i>			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 5/8**

	<i>P.O</i>		
	<i>S.C CARDIOLOGIA</i>		
	<i>Direttore</i>		
	<i>Tel</i>		
	<i>Mail</i>		
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA – TIME PRIMA DELL'INCISIONE DELLA CUTE</b>			
UNITA' OPERATIVA: CARDIOLOGIA UTIC altro:			
Paziente:			Data di nascita ...../...../.....
Intervento/procedura da eseguire:			DATA ...../...../.....
URGENTE SI NO	PERCORSO HUB PRONTO SOCCORSO		
<b>L'Emodinamista/Elettrofisiologo e l'Infermiere di Sala hanno confermato:</b>			
	SI	NO	NON PREVISTO
Identità del paziente			
Procedura da eseguire			
Corretto posizionamento			
Corretto monitoraggio parametri vitali			
Hanno espresso le seguenti criticità: .....			
<b>L'Infermiere strumentista:</b>			
	SI	NO	NON PREVISTO
Ha verificato sterilità dello strumentario chirurgico			
Ha preparato il campo chirurgico con disinfezione della cute e applicazione teli sterili			
Ha verificato il corretto funzionamento dei vari apparecchi elettromedicali e dispositivi			
Ha espresso le seguenti criticità: .....			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 6/8**

<b>Il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON PREVISTO</b>
Ha verificato il corretto funzionamento apparecchiatura radiologica			
Ha verificato il corretto funzionamento hardware e software registrazione dati			
Ha espresso le seguenti criticità: .....			
<i>Firma del Coordinatore del Time Out (Emodinamista/Elettrofisiologo)</i>			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 7/8**

	P.O.		
	S.C. <b>CARDIOLOGIA</b>		
	DIRETTORE		
	TEL		
	MAIL		
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA – SIGN OUT PRIMA CHE IL PAZIENTE LASCI LA SALA OPERATORIA</b>			
UNITA' OPERATIVA: <b>CARDIOLOGIA</b> UTIC altro:			
Paziente:			Data di nascita ...../...../.....
Intervento/procedura eseguita:			DATA ...../...../..... .....
URGENTE	NO	SI	PERCORSO HUB    PRONTO SOCCORSO
<b>VERIFICA</b>			<b>SI    NO    NON PREVISTA</b>
<b>STRUMENTISTA</b>	Avvenuta conta di garze, aghi e strumentario chirurgico		
	Disinfezione ferita e applicazione medicazione compressiva		
	Altro: ..... .....		
	Firma dell'Infermiere Strumentista		
<b>MEDICO DI SALA</b>	Stato di coscienza e condizioni cardio-respiratorie		
	Conferma avvenuta conta garze, aghi e strumentario chirurgico		
	Conferma procedura effettuata e refertazione della stessa		
	Prescrizione terapia anticoagulante post-intervento		
	Rimozione introduttore arterioso		
	Rimozione elettrostimolatore provvisorio		
	Consegna libretto informativo del device impiantato		
	Applicazione contropulsatore		
	Altro: ..... .....		
Firma dell'Emodinamista/Elettrofisiologo			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>		
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>			

**Allegato n. 3 – Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Cardiologia. Pag. 8/8**

	<i>Firma dell'Emodinamista/Elettrofisiologo</i>			
<b>VERIFICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON PREVIST A</b>
<b>TSRM</b>	Corretta acquisizione immagini			
	Corretta masterizzazione su dispositivo di memoria esterna (Compact Disk)			
	Registrazione e acquisizione dati inerenti all'esposizione alle radiazioni ionizzanti			
	Altro: ..... .....			
	<i>Firma del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i>			
<b>VERIFICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON PREVIST A</b>
<b>INFERMIERE DI SALA</b>	Stato di coscienza conservato e valutazione parametri vitali			
	Compilazione modulo di sala di cardiologia interventistica			
	Somministrazione terapia anticoagulante post-intervento (infusione)			
	Corretto trasferimento sul letto e trasporto in sicurezza in reparto			
	Corretta educazione posturale			
	Applicazione sacca a pressione			
	Altro: ..... .....			
	<i>Firma dell'Emodinamista/Elettrofisiologo</i>			
<b>VERIFICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON PREVIST A</b>
<b>INFERMIERE DI REPARTO</b>	Presenza e completezza della documentazione clinica			
	Valutazione parametri vitali			
	Mantenimento clinostatismo			
	Mantenimento posizione semiortopnoica per 24 ore post-impianto di elettrocatereteri			
	Somministrazione terapia anticoagulante post-intervento (terapia orale)			
	Controllo e gestione sacca a pressione			
	Esecuzione esami ematici e controllo e gestione medicazione compressiva			
	Altro: ..... .....			
	<i>Firma dell'Infermiere di Reparto</i>			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n.4- Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Oculistica. Pag. 1/4**

CHECKLIST PERIOPERATORIA U.O. OCULISTICA				
TRASFERIMENTO PRIMA DELL'INGRESSO IN SALA OPERATORIA				
PAZIENTE		DATA DI NASCITA		
DIAGNOSI		DATA		
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE		<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE		ALTRO
		SI	NO	Non Previsto
<b>MEDICO DI REPARTO</b>	Confermati identità paziente e stato coscienza			
	Completezza cartella clinica			
	Segnalata in cartella presenza o assenza allergie ed eventuale prescrizione di terapia desensibilizzante			
	Acquisizione consenso informato chirurgico			
	Acquisizione del consenso informato all'anestesia			
Ecobiometria e conta endoteliale				
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>INFERMIERE DI REPARTO</b>	Confermati identità paziente e stato coscienza			
	Completezza cartella clinica e documentazione clinica (immagini rx, foto etc.)			
	Marcatura sito con bollino adesivo, confermato dal pz e corrispondenza con lista operatoria			
	Verificata necessità di farmaci (antibiotici o altro) da portare in SO			
	Verificato consenso e nulla osta anestesiologicalo anestesiologicalo			
	Rimozione di protesi dentarie mobili, acustiche e lenti a contatto			
	Rispetto del digiuno preoperatorio			
	Preparazione intestinale			
	Rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), trucco, smalto			
	Somministrata antibiotico-profilassi			
	Presenza del catetere vescicale			
	Premedicazione anestesiologicala			
	Ecobiometria e conta endoteliale			
Verificati corretto posizionamento dispositivi anticaduta				
<b>Il paziente lascia il reparto alle ore:</b>				
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n.4- Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Oculistica. Pag. 2/4**

<b>CHECKLIST PERIOPERATORIA SIGN IN PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA</b>				
INFERMIERE DI SALA		<b>Il paziente entra in sala alle ore:</b>		
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Non previsto</b>
<b>INFERMIERE DI SALA OPERATORIA</b>	Il paziente/tutore legale conferma verbalmente l'identità, la procedura, il sito chirurgico riportati in cartella			
	Corrispondenza dati anagrafici cartella/lista operatoria			
	Rimossi monili e protesi mobili del paziente			
	Posizionati correttamente dispositivi di prevenzione caduta			
	Posizionamento pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento			
	Verificate la sterilità e integrità del kit monouso, la presenza del materiale e dei farmaci, e il funzionamento delle apparecchiature necessari alla procedura			
	Verificata la presenza o assenza di allergie			
	Verifica marcatura sito con bollino adesivo, confermato dal pz e corrispondenza con la lista operatoria			
	Ecobiometria e conta endoteliale			
	Lente da impiantare contrassegnata che riporta il nome del pz e occhio da impiantare			
	Somministrazione dell'antibiotico-profilassi			
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>MEDICO ANESTESISTA</b>	<b>TIPO DI ANESTESIA</b>			
	<input type="checkbox"/> Generale	<input type="checkbox"/> Sedazione	<input type="checkbox"/> Plessica	<input type="checkbox"/> Locale
	Verificata l'identità del paziente e stato di coscienza			
	Verificata procedura da eseguire con conferma da parte del pz			
	Verificata la presenza del consenso informato anestesilogico			
	Corretta posizione del pz sul letto operatorio			
	Verificata sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi, farmaci)			
	Presenza pacemaker/defibrillatore impiantabile			
	Disattivazione defibrillatore impiantabile se presente			
	Valutati digiuno preoperatorio, gestione delle vie aeree e il rischio aspirazione			
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>MEDICO CHIRURGO</b>	Verificata l'identità del paziente			
	Verificato che il paziente acconsenta alla procedura e abbia firmato i consensi			
	Confermata procedura da eseguire			
	Verificata la corretta marcatura del sito chirurgico con bollino adesivo confermato dal pz			
	Verificata lente da impiantare contrassegnata adesivo che riporta il nome del pz e occhio			
	Ecobiometria e conta endoteliale			

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n.4- Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Oculistica.Pag.3/4**

NOTE		FIRMA		
<b>CHECKLIST PERIOPERATORIA</b> <b>TIME OUT: DOPO L'INDUZIONE DELL'ANESTESIA, PRIMA DELL'INCISIONE</b>				
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Non Previsto</b>
<b>INFERMIERE DI SALA (Coordinatore Time OUT)</b>	Sono stati chiariti i ruoli di ciascuno nella équipe			
	Infermiere, chirurgo e anestesista confermano l'identità del paziente, la procedura, il sito chirurgico			
	Infermiere, chirurgo e anestesista confermano che la posizione del paziente sul letto operatorio			
	Il chirurgo, l'anestesista, l'infermiere di sala e lo strumentista hanno espresso perplessità. Se si specificare nelle note quali			
	Il chirurgo ha anticipato i tempi operatori			
	L'anestesista ha specificato la classe ASA			
	Confermate la presenza, la sterilità e la funzionalità del materiale necessario e la funzionalità delle apparecchiature			
	Necessità somministrazione di antibiotico-profilassi			
	Necessità visualizzazione immagini diagnostiche			
NOTE		FIRMA		
<b>Sanitario</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Firma</b>		
<b>CHIRURGO PRIMO OPERATORE</b>				
<b>CHIRURGO SECONDO OPERATORE</b>				
<b>ANESTESISTA</b>				
<b>INFERMIERE STRUMENTISTA</b>				
<b>INFERMIERE DI SALA</b>				

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 01 LUGLIO 2024</b>
	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST IN SALA OPERATORIA</b>	

**Allegato n.4- Checklist per la sicurezza in sala operatoria di Oculistica.Pag.4/4**

<b>CHECKLIST PERIOPERATORIA SIGN OUT: PRIMA CHE CHIRURGO E PAZIANTE LASCINO LA SALA</b>				
		SI	NO	Non Previsto
<b>INFERMIERE STRUMENTISTA</b>	Corretto funzionamento dei dispositivi medici della Sala Operatoria			
	Verificato stato di coscienza del paziente			
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>MEDICO CHIRURGO</b>	Trascrizione dell'intervento chirurgico sul registro operatorio			
	Aggiornamento terapia sul FUT			
	Compilazione richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione del campione			
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>MEDICO ANESTESISTA</b>	Verificati stato di coscienza e parametri vitali e condizioni Cardiorespiratorie			
	Compilata correttamente la cartella anestesiologicala			
	Prescrizione eventuale terapia antalgica sul FUT			
	Raccomandazioni post-operatorie da segnalare			
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>INFERMIERE DI SALA</b>	Verifica dello stato di coscienza del paziente			
	Verifica parametri vitali:PA-FC-SO2			
	Posizionamento presidi di prevenzione caduta			
	Posizionamento catetere vescicale			
	Riconsegnata documentazione completa compreso il FUT			
	Eventuali problemi relativi all'uso dei dispositivi medici in Sala Operatoria			
	Consegna della richiesta del campione istologico all'infermiere dell'unità operativa			
Il paziente lascia la sala operatoria alle ore:				
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		
<b>CHECK LIST PERIOPERATORIA GOOD RETURN:AL RIENTRO IN UNITA' OPERATIVA</b>				
<b>INFERMIERE DI REPARTO</b>	Verifica identità del paziente, corrispondenza cartella clinica e completezza della documentazione			
	Controllo dei parametri vitali e stato di coscienza			
	Controllo delle medicazioni oculari			
	Verificata presenza del catetere vescicale			
	Controllo prescrizioni terapeutiche(FUT,O2,liquidi infusionali, analgesia			
	Controllo del catetere venoso periferico/centrale			
Il paziente rientra in reparto alle ore:				
<b>NOTE</b>		<b>FIRMA</b>		