

PROEL 245/2019

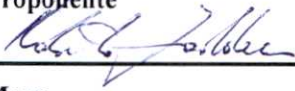

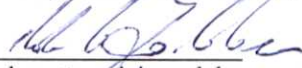
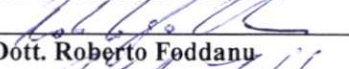
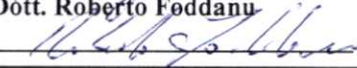
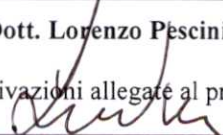
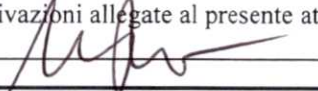


REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI



Viale San Pietro, 10 – Palazzo Bompiani - 07100 SASSARI – C.F. - P. IVA 02268260904

DELIBERAZIONE N. 232 DEL 13/03/2019

Oggetto: Adozione schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC): percorso di cardiologia interventistica e oculistica, sala parto, conta garze e strumenti.	
Struttura Proponente S.C Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio	Conto di Costo _____
Direttore della Struttura Proponente Dott. Roberto Foddanu 	Responsabile del Procedimento Dott. Roberto Foddanu 
Estensore: Dott.ssa Elisa Mara	
<p>Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.</p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott. Roberto Foddanu Firma </p> <p>Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiaro inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio. Il presente provvedimento contiene dati sensibili Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Il Responsabile del procedimento: Dott. Roberto Foddanu Data <u>12/03/2019</u> Firma </p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott. Roberto Foddanu Data <u>12/03/2019</u> Firma </p>	
<p>Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso</p> <p><input type="checkbox"/> È <input type="checkbox"/> NON È (le motivazioni sono allegate alla presente)</p> <p>coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica.</p> <p>Spesa prevista _____ C.E. n. _____</p> <p>Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu Data _____ Firma _____</p>	
<p>Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016)</p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Data <u>13/3/19</u> Firma </p>	
<p>Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016)</p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Data <u>13/3/2019</u> Firma </p>	
<p>La presente Deliberazione si compone di n. 11 pagine, di cui n. 8 pagine di allegati che ne fanno parte integrante e sostanziale.</p>	

IL RESPONSABILE DELLA S.C QUALITÀ, ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO

(Dott. Roberto Foddanu)

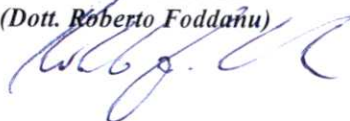
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e s.m.i;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- VISTO** il Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 11.08.2017 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
- VISTA** la D.G.R. n. 8/8 del 24.02.2015 con la quale è stato istituito il tavolo tecnico regionale per il miglioramento della sicurezza negli interventi chirurgici;
- VISTA** la D.G.R. n. 40/27 del 07.08.2015, con le relative linee di indirizzo regionali sulla sicurezza in chirurgia e dello strumento rappresentato dalla scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC);
- VISTA** la delibera n. 174 del 30.03.2017: "Adozione scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico, SISPaC";
- VISTA** la D.G.R. n. 44/35 del 5.09.2018 "Integrazione delle linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia di cui alla Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015" che dispone il recepimento integrale da parte delle Aziende Sanitarie della Regione, costituendo parte integrante della cartella clinica, delle seguenti procedure elaborate dall'apposito tavolo tecnico regionale:
- le schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC) relativamente al percorso di cardiologia interventistica e oculistica;
 - la scheda integrata per la sicurezza della paziente in sala parto;
 - la scheda contagarze e strumenti;
- TENUTO CONTO** dell'importanza delle SISPaC al fine di migliorare la qualità e la sicurezza del percorso chirurgico, delle procedure di cardiologia interventistica e della sicurezza del percorso nascita quali strumenti di governo del rischio clinico;
- RAVVISATA** la necessità di adottare le suddette procedure, come previsto dalle linee di indirizzo, di recepirle integralmente così da costituire parte integrante della cartella clinica.

PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

1. Di prendere atto della D.G.R. n. 44/35 del 5.09.2018 "Integrazione delle linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia di cui alla Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015", allegata alla presente delibera;
2. Di adottare, le seguenti procedure:
 - le schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC) relativamente al percorso di cardiologia interventistica e oculistica;
 - la scheda integrata per la sicurezza della paziente in sala parto;
 - la scheda contagarze e strumenti;di cui agli allegati, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l'Azienda.

IL RESPONSABILE
(Dott. Roberto Foddanu)



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio D'Urso

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

PRESO ATTO della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Adozione schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC): percorso di cardiologia interventistica e oculistica, sala parto, conta garze e strumenti";

DATO ATTO che il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo hanno espresso parere favorevole;

D E L I B E R A

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

1. Di prendere atto della D.G.R n. 44/35 del 5.09.2018 "Integrazione delle linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia di cui alla Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015", allegata alla presente delibera;
2. Di adottare, le seguenti procedure:
 - le schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC) relativamente al percorso di cardiologia interventistica e oculistica;
 - la scheda integrata per la sicurezza della paziente in sala parto;
 - la scheda contagarze e strumenti;di cui agli allegati, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di incaricare i Servizi Competenti dell'esecuzione del presente provvedimento;
4. di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l'Azienda.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Antonio D'Urso)

Antonio D'Urso
13032019

La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 13/03/2019 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile del Servizio Affari Generali Legali, Comunicazione e Formazione

(Dott. Antonio Solinas)

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Fasi:

- 1 - Preparazione Intervento
- 2 - Check List
 - A - Sign In
 - B - Time Out
 - C - Sign Out
- 3 - Post operatorio

NP: non previsto

Sign IN: prima delle'esecuzione dell'anestesia

Time OUT: prima dell'intervento "pausa chirurgica"

Sign OUT: prima della fine dell'intervento

VAS: scala analogica visiva dolore



REGIONE AUTONOMA
DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 44/35 del 5.9.2018

SISPaC SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA



Medico



Tecnico di radiologia



Team



Infermiere



Coordinatore
Check List

1

LETTO N° _____

DATA: _____

Identificazione paziente

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Sesso M F

etichetta sisar

Infermiere

Diagnosi _____

Tipo di intervento _____

Consensi informati

Documentazione sanitaria prevista dal protocollo

Allergie SI NO

Medico

Preparazione paziente

Verifica

Identità paziente

Parametri vitali

Protesi dentarie, anelli, piercing

Accesso venoso

Accesso venoso bilaterale SI NP

Tricotomia SI NP

Digiuno SI NP

Terapia anticoagulante orale SI NP SOSPESA

Infermiere

2

A) SIGN IN

Il Paziente ha confermato

Identità Consenso informato Procedura

Digiuno

2 Allergie

SI NO

Coordinatore
Check List

B) TIME OUT

Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome o funzione

Il medico e gli infermieri hanno confermato

- Identità paziente
- Sede di intervento
- Tipo di intervento
- Corretto posizionamento

Anticipazioni di eventuali criticità o preoccupazioni

Medico
 Eventuali criticità
 Rischio di perdite ematiche
 Presenza del sistema di stimolazione in sala SI NP

Infermiere di Sala
 Presenza del materiale accessorio necessario
 Verifica della sterilità dei dispositivi medici
 Funzionamento strumenti di sala
 Presenza di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici
 Posizionato catetere vescicale SI NP
 Posizionato piastra SI NP

La profilassi antibiotica è stata eseguita entro 120 minuti prima, tenendo conto dell'emivita dell'antibiotico
 SI NP

Tecnico radiologo
 Funzionamento apparecchio radiogeno

Le immagini diagnostiche sono state visualizzate
 SI NP

Impostato monitoraggio

Coordinatore
Check List

C) SIGN OUT

- Nome della procedura eseguita
 - Il conteggio finale garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto
 - Il team di sala revisiona gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria
 - Eventuali problemi relativi ai dispositivi medici sono stati segnalati
- Presenza lesione sede piastra SI NO

Coordinatore
Check List

VERIFICA PARAMETRI VITALI ALL'USCITA DEL BLOCCO OPERATORIO

- PA
- FC
- SpO2
- ECG

Infermiere

3

POST OPERATORIO

Il Paziente si presenta Vigile Sedato

Verifica:

- Parametri vitali
- Dolore
- Medicazione
- Accessi venosi
- Catetere vescicale
- Terapia infusionale
- Verifica presenza lesione sede piastra
- Valutazione dolore VAS

Infermiere

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO OCULISTICA

Fasi:

- 1 - Preparazione Intervento
- 2 - Check List
- A - Sign In
- B - Time Out
- C - Sign Out
- 3 - Post Operatorio

NP: non previsto

Sign IN: prima delle'esecuzione dell'anestesia

Time OUT: prima dell'intervento "pausa chirurgica"

Sign OUT: prima della fine dell'intervento

VAS: scala analogica visiva dolore



REGIONE AUTONOMA
DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 44/35 del 5.9.2018

SISPaC

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO OCULISTICA

- O Oculista
- IS Infermiere Sala
- A Anestesista
- IA Infermiere di Anestesia
- I Infermiere
- T Team
- CCL Coordinatore Check list



①

LETTO N° _____

DATA: _____

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Sesso M FProtesi SI INCFaceMaker SI INC

Etichetta Sisar

Infermiere

DiagnosiLato Destro Sinistro**Tipo di intervento**Consenso informato Procedura Anestesia Documentazione sanitariaAllergie SI NORispetto al momento della visita sono intervenuti fattori nuovi SI NOTerapia con Anticoagulanti/Antiaggreganti NO Eseguita sospensione SI, ultimo INR risulta disponibileTerapia con tamsulosina o altri alfabloccanti NO SI, notificato dal chirurgo

Oculista

PREPARAZIONE PAZIENTE**Verifica**

- Identità paziente
- Documentazione sanitaria
- Idoneo stato di coscienza collaborazione
- Diggiuno
- Controllo protesi
- Controllo monili
- Igiene personale, indumenti di sala operatoria
- Accesso venoso periferico
- Marcatura sito chirurgico
- Parametri vitali
- Midriasi ampia
- Terapia domiciliare assunta
- Preparazione locale eseguita
- Terapia sistemica prescritta assunta

 SI NP
 SI NO NP
 SI NO NP
 SI NO

Infermiere

②

A) SIGN IN**1 Il Paziente ha Confermato** Identità Sede intervento Procedura chirurgicaConsenso informato Anestesia Procedura**2 Il sito dell'intervento è stato marcato****3 Completati i controlli per la sicurezza in anestesia****4 Allergie** SI NO**5 Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione (anestesia generale)** SI, con disponibilità di apparecchiature/assistenza NO DiggiunoCoordinatore
check list**B) TIME OUT** Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome e funzione Il chirurgo, anestesista e infermiere hanno confermato:

Identità paziente

Sede di intervento

Tipo di Intervento

Corretto posizionamento

E' stato verificato il risultato refrattivo ed il modello di protesi/lente che sarà usato? SI NPE' presente la protesi/lente corretta da impiantare? SI NPE' disponibile una protesi/lente alternativa? SI NP Verifica il potere di lente che sarà usato Verifica il tessuto del donatore Verifica se instillato iodopovidone nel fornice. Verifica disponibilità antibiotico per la profilassi intracamerulare a fine intervento**Anticipazione possibili criticità** **Chirurgo:** Requisiti speciali di strumentazione o indagini speciali variazioni alla procedura standard pianificate o probabili **Anestesista:** Presenza aspetti critici SCALA ASA eventuali requisiti speciali, di monitoraggio **Strumentista:** verifica sterilità Dispositivi Medici, eventuali problemi relativi ai Dispositivi Medici posizionamento piastraCoordinatore
check list

TEAM

TEAM

IA

TEAM

C) SIGN OUT Conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione Verifica corretto conteggio strumenti, garze e taglienti Segnalazione di eventuali problemi relativi ai dispositivi mediciE' stato confermato l'eventuale decubito obbligato post operatorio SI NPI pezzi istologici sono correttamente etichettati SI NPVerifica presenza lesione sede piastra SI NOCoordinatore
check list**VERIFICA PARAMETRI VITALI ALL'USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO** PA FC SPO₂ TCInfermiere di
Anestesia

③

POST OPERATORIOIl Paziente si Presenta Vigile Sedato**Verifica:** Parametri Vitali Valutazione dolore VAS Vomito Infusione continua terapia antalgica Ossigenoterapia Medicazione Accessi venosi Terapia infusione Decubito obbligato post-operatorio Presenza lesione sede piastra

Infermiere

SIGN IN

La madre ha confermato

- Identità
- Presenza partner/familiare
- Consenso informato intervento
- Consenso informato anestesia
- Consenso informato a eventuale somministrazione di sangue/emoderivato
- Digiuno

Verifica

- Terapia antibiotica
- Terapia antipertensiva
- MgSO4
- Terapia tromboembolica
- Completati i controlli per la sicurezza in anestesia
- Valutata la difficoltà della gestione delle vie aeree
- Allergie
- Valutato il rischio di perdite ematiche
- Strumentazione/Assistenza disponibile
- Accesso venoso adeguato e fluidi disponibili

Coordinatore checklist

SIGN OUT

- Conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione
- Verifica corretto conteggio strumenti, garze e tagliandi
- Segnalazione di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici
- Il Ginecologo, l'Anestesista, lo strumentista revisionano gli aspetti più importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria

Verifica

- Terapia antibiotica
- Terapia Antipertensiva
- Profilassi tromboembolica
- MgSO4

Coordinatore checklist

Vai alla fase ③ SECONDAMENTO

LEGENDA:

NP: non previsto

Sign IN: prima dell'esecuzione dell'anestesia

Time OUT: prima dell'intervento "pausa chirurgica"

Sign OUT: prima della fine dell'intervento

VAS: scala analogica visiva dolore

TIME OUT

- Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome e funzione
- Il ginecologo, anestesista e strumentista hanno confermato:
 - Identità madre
 - corretto posizionamento della donna
- Anticipazione possibili criticità**
 - Chirurgo: durata intervento
 - Anestesista: presenza aspetti critici madre, scala ASA, impostazione monitoraggio
 - Strumentista: verifica sterilità DM, presenza di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici
- Posizionato catetere vescicale
- Posizionata piastra
- Profilassi antibiotica entro 120minuti prima dell'incisione, tenendo conto dell'emivita dell'antibiotico.
- Impostato monitoraggio

Coordinatore checklist



**SCHEDA INTEGRATA
DI SICUREZZA
DELLA PAZIENTE IN
SALA PARTO**

Fasi:

- 1 - Identificazione e accoglienza
 - 2 - Check List Parto vaginale
 - 3 - Secondamento e dopo il parto
 - 4 - Check List Parto cesareo
- A - Sign In
■ B - Time Out
■ C - Sign Out



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 3 alla Delib.G.R. n. 44/35 del 5.9.2018

**SISPaC
SCHEDA INTEGRATA
DI SICUREZZA
DELLA PAZIENTE IN
SALA PARTO**

- O** Ostetrica/o
- IP** Infermiere Pediatrico
- G** Ginecologo/a
- N** Neonatologo
- I** Infermiere
- T** Team
- CCL** Coordinatore check list
- A** Anestesista

LETTO N° _____ DATA : _____

IDENTIFICAZIONE MADRE

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Data di ricovero _____

etichetta visor

Ostetrica / Infermiere

ACCOGLIENZA PRE PARTO

Documentazione sanitaria

Allergie SÌ NO

Rilevazione parametri vitali
 Posizionamento CTG

Consenso informato

partoanalgesia SÌ NP
eventuali procedure ostetriche SÌ NP

Madre e Partner sono stati informati su come e in quali casi chiedere aiuto

Ostetrica

Valutazione rischio

Fattori di rischio ostetrico
 Rischio di perdite ematiche
 Travaglio Spontaneo Travaglio indotto I.C. pre-travaglio

Ginecologo / Ostetrica

Verifica terapia/profilassi

Antibiotico
 Antipertensivo
 MgSO4
Profilassi Tromboembolica SÌ, SOSPESA SÌ, IN CORSO NP

Ginecologo

2

PRIMA DEL PARTO VAGINALE

Identità madre
 Presenza partner/familiare
 Consensi informati
 Partogramma
 Accesso venoso adeguato/fluidi disponibili

Verifica

Terapia antibiotica
 Terapia antipertensiva
 Profilassi tromboembolica
 Ossalocina
 MgSO4
 Partoanalgesia

Anticipazione di eventuali criticità e preoccupazioni

Rivalutazione rischio ostetrico
 Rivalutazione rischio di perdite ematiche
 Valutazione reperibilità di assistenza fuori campo
 Valutazione eventuali problemi relativi ai Dispositivi Medici
 Verifica pressidi assistenza madre
 Verifica pressidi assistenza neonato

Presenza aspetti critici riguardo la madre SÌ, ALLERTA IL TEAM NO
Presenza aspetti critici riguardo il neonato SÌ, ALLERTA IL TEAM NO

3

SECONDAMENTO

Emogranulati sangue cordone
 Profilassi anti-emorragica
 Valutazione tono uterino
 Valutazione rischio perdite ematiche
 Assunzione boccacchietto
 VAGINALE/CESAREO

0

Ostetrica

Ostetrica

DOPO IL PARTO

Identità madre
 Monitoraggio parametri vitali madre
 Monitoraggio parametri vitali neonato
 Skin to skin e inizio allattamento
 Madre e partner sono stati informati su come, e in quali casi chiedere aiuto
 Compilazione modulistica

Terapia

Antibiotico SÌ NP
Antipertensivo SÌ NP
MgSO4 SÌ IN CORSO NP

Presenza di aspetti critici per la gestione dell'assistenza Post-Partum

SÌ, allerta il TEAM NO

Ostetrica

TRASFERIMENTO MADRE-NEONATO DAL BLOCCO PARTO DOPO 2 ORE

NEONATO

Valutazione parametri vitali neonato
 Rooming in Nido Patologia Neonatale TIN

Inf. Pediatrica/Ostetrica / Neonatologo

MADRE

Valutazione perdite ematiche
 Valutazione parametri vitali
 Controllo diuresi
 Catetere vescicale
 Vomito
 Zolfo vaginale
 Catetere epidurale
 Valutazione tono uterino
 Valutazione dolore VAS
 Accessi venosi
 Infusione di liquidi
 Ossigenoterapia

Ostetrica

4

TAGLIO CESAREO

PREPARAZIONE INTERVENTO

Consenso informato Intervento
 Anestesia
 Sangue/Emoderivati

Documentazione Sanitaria
 Allergie
 Terapia/Profilassi antibiotica
 Terapia antipertensiva
 MgSO4
 Profilassi tromboembolica

Valutazione rischio di perdite ematiche
 Richieste sangue

Ginecologo

PREPARAZIONE MADRE

Documentazione sanitaria
 Rimasso protesi dentarie
 Rimasso leniti o contatto
 Rimassi anelli, piercing
 Rimasso smalto unghie
 Sospesa profilassi tromboembolica
 Tricetonia

Ostetrica / Infermiere

