

✓



# MANUALE DELLA QUALITA'

MIS/INT  
Rev. 1  
16/11/2015

Pag. 1 di 2

## 1.1 DICHIARAZIONE D'IMPEGNO DELLA DIREZIONE

I Direttori delle U.U.O.O. di Farmacia, Oncologia ed Ematologia dell'ASP7 di Ragusa (per brevità "DIR"), ritengono che l'adozione di un sistema qualità certificato sia condizione essenziale per favorire il progressivo sviluppo della struttura, per minimizzare i rischi delle terapie con farmaci chemioterapici antitumorali e per garantire il beneficio terapeutico in specie dei pazienti che ricevono tali farmaci, per incrementare l'efficienza operativa e gestionale e migliorare la qualità dei prodotti e dei servizi erogati ai clienti.

I DIR assumono l'impegno di curare il mantenimento, l'adeguamento ed il progressivo miglioramento del sistema qualità conforme alle norme UNI EN ISO 9001:2008.

Fa capo a DIR, dunque, la responsabilità di predisporre la mappa dei processi del sistema di gestione per la qualità, la struttura organizzativa ed il mansionario aziendale in cui vengono definiti i legami interfunzionali e le responsabilità delle risorse umane, nonché di far attivare le procedure necessarie per organizzare e gestire le suddette U.U.O.O. in linea al sistema qualità.

I DIR si impegnano, inoltre, ad effettuare sistematiche analisi sul corretto mantenimento del sistema di gestione per la qualità ed a stimolarne il progressivo miglioramento attraverso i seguenti strumenti, elencati in maniera esemplificativa e non esaustiva:

- promuovere all'interno delle U.U.OO. di Farmacia, Oncologia ed Ematologia l'importanza di soddisfare i requisiti impliciti ed espliciti dei "clienti" (pazienti, altri reparti, industrie farmaceutiche)
- definire e divulgare la Politica della Qualità
- individuare e quantificare gli obiettivi per la qualità
- pianificare ed eseguire periodici riesami del sistema qualità, finalizzati alla misurazione dei risultati raggiunti ed all'individuazione dei nuovi obiettivi per la qualità
- assicurare la disponibilità delle risorse umane e tecnologiche e delle informazioni necessarie per supportare l'efficace funzionamento del sistema di gestione per la qualità
- garantire la formazione continua delle risorse professionali interne

In particolare i DIR garantiscono che la gestione della terapia antitumorale - prestazione sanitaria di alta complessità - avvenga attraverso un processo definito e controllato, con tracciabilità delle attività svolte e delle relative responsabilità, nel rispetto della sicurezza dei pazienti e degli operatori, dell'appropriatezza terapeutica e della efficace informazione al paziente riguardo gli stili di vita da adottare nel corso della terapia antitumorale e i possibili effetti collaterali della terapia

Il sistema di qualità, che si compone di documenti, procedure, istruzioni di lavoro, moduli e allegati, presenta una peculiare architettura informatica, definita nel documento ARCHITETTURA INFORMATICA DEI DOCUMENTI UFAONCOEMA ASP RAGUSA MIS A2, soggetto a revisione e aggiornamento periodico. Tutti i contenuti del sistema di qualità sono pubblicati on line sulla piattaforma regionale al seguente indirizzo:

**“Qualità Sicilia SSR” Rete UFA-ONCO-EMA”**

<http://www.qualitasiciliassr.it/reufonem/pages/login.php>

accessibile per la consultazione/aggiornamento a tutti i componenti del team UFAONCOEMA aziendale, provvisti di credenziali di accesso.

### I DIRETTORI

**Dott.ssa Giuseppina Rizza (Farmacia)**  
**Coordinatore team UFAONCOEMA Aziendale**

**F.F. Dott Giuseppe Iacono (Oncologia)**

**F.F. Dott Giovanni Garozzo (Ematologia)**

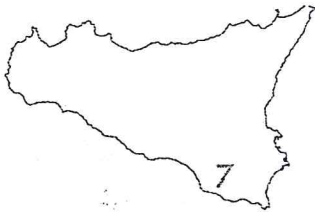
### ELENCO DEI DOCUMENTI COLLEGATI ALLA PROCEDURA

CODICE	DESCRIZIONE
MIS A1	FLOW-CHART DELLA QUALITA'
MIS A2	ARCHITETTURA INFORMATICA DEI DOCUMENTI UFAONCOEMA ASP RAGUSA

COD. RIF.	CARTELLA	SOTTOCARTELLA	COD. RIF.	DOCUMENTO	COD. RIF.
1	STRATEGIA PER IL MIGLIORAMENTO	MANUALE DELLA QUALITA'	1.1	MANUALE DELLA QUALITA' INTRODUZIONE	MIS/INT
		STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO RG	1.2	FLOW-CHART FASI OPERATIVE UJOO ARCHITETTURA INFORMATICA DEI DOCUMENTI MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO MISSION OBIETTIVI-INDICATORI-IMPEGNI PIANO AUDIT CHECK-LIST AUDIT PIANO AZIONI MIGLIORAMENTO MATRICE DELLE RESPONSABILITA' ORGANIGRAMMA UFA ORGANIGRAMMA ONCO ORGANIGRAMMA EMA ADDESTRAMENTO E GESTIONE DEL PERSONALE SCHEDE STANDARD DI RUOLO SCHEDE PERSONALE PIANO FORMAZIONE REGISTRO CORSI ESTERNI E VERIFICA EFFICACIA VERBALE RIUNIONE REGISTRO CORSI INTERNI E VERIFICA EFFICACIA REGISTRO ADDESTRAMENTO PERSONALE-CAMBIO MANSIONE ADDESTRAMNETO AUSILIARIO ADDESTRAMNETO INFERMIERE ADDESTRAMNETO MEDICO ADDESTRAMNETO PERSONALE SEGRETERIA H ADDESTRAMNETO FARMACISTA REGISTRO PERMESSI DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO INTERESSI CONTROLLO APPARECCHIATURE DI MONITOR.-MISURAZIONE LISTA ATTREZZATURE MODELLO SIMT SCHEDE ATTREZZATURA CARTELLINO IDENTIFICAZIONE MODELLO UFA CARTELLINO IDENTIFICAZIONE MODELLO ONCO CARTELLINO IDENTIFICAZIONE MODELLO EMA SCHEDE MANUTENZIONE GESTIONE NON CONFORMITA' RAPPORTO NON CONFORMITA' SEGNALIZIONE RECLAMI INFRASTRUTTURE PULIZIA CAPPA PULIZIA AMBIENTI UFA MODULO CONSEGNA DPI PULIZIA AMBIENTI UFA PULIZIA AMBIENTI UFA	MIS A1 MIS A2 MIS MIS A3 MIS A4 MIS M1A MIS M2 MIS M3 MIS A5 ORG A3 ORG A1 ORG A2 ADD ADD A1 ADD M1 ADD M2 ADD M3 ADD M3 a ADD M3 b ADD M4 ADD M4c ADD M4d ADD M4f ADD M4h ADD M4i ADD M11 ADD M13 ATT ATT M1 ATT M2 ATT M3 ATT M3 ATT M3 ATT M4 NON NON M1 NON M2 INF INF IL1 INF IL2 INF M1 INF M1a INF M1b APP ESTERNA AZIENDALE
2	RISORSE UMANE	RISORSE UMANE	2.1	REGISTRO ADDESTRAMENTO PERSONALE-CAMBIO MANSIONE ADDESTRAMNETO AUSILIARIO ADDESTRAMNETO INFERMIERE ADDESTRAMNETO MEDICO ADDESTRAMNETO PERSONALE SEGRETERIA H ADDESTRAMNETO FARMACISTA REGISTRO PERMESSI DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO INTERESSI CONTROLLO APPARECCHIATURE DI MONITOR.-MISURAZIONE LISTA ATTREZZATURE MODELLO SIMT SCHEDE ATTREZZATURA CARTELLINO IDENTIFICAZIONE MODELLO UFA CARTELLINO IDENTIFICAZIONE MODELLO ONCO CARTELLINO IDENTIFICAZIONE MODELLO EMA SCHEDE MANUTENZIONE GESTIONE NON CONFORMITA' RAPPORTO NON CONFORMITA' SEGNALIZIONE RECLAMI INFRASTRUTTURE PULIZIA CAPPA PULIZIA AMBIENTI UFA MODULO CONSEGNA DPI PULIZIA AMBIENTI UFA PULIZIA AMBIENTI UFA	ADD ADD A1 ADD M1 ADD M2 ADD M3 ADD M3 a ADD M3 b ADD M4 ADD M4c ADD M4d ADD M4f ADD M4h ADD M4i ADD M11 ADD M13 ATT ATT M1 ATT M2 ATT M3 ATT M3 ATT M3 ATT M4 NON NON M1 NON M2 INF INF IL1 INF IL2 INF M1 INF M1a INF M1b APP ESTERNA AZIENDALE
		ATTREZZATURE UFAONCOEMA	3.1	PROCEDURA PER L'APPROVVIGIONAMENTO PROCEDURA PER LA GESTIONE DI FARMACI E PRESIDII STOCCAGGIO E CONSERVAZIONE ALERT FARMACI AD ALTO RISCHIO	APP ESTERNA AZIENDALE STO STO IL1 STO A1
4	INFRASTRUTTURE	INFRASTRUTTURE	4.1	PROCEDURA PER L'APPROVVIGIONAMENTO PROCEDURA PER LA GESTIONE DI FARMACI E PRESIDII STOCCAGGIO E CONSERVAZIONE ALERT FARMACI AD ALTO RISCHIO	APP ESTERNA AZIENDALE STO STO IL1 STO A1
		APPROVVIGIONAMENTO	5.1	STOCCAGGIO E CONSERVAZIONE ALERT FARMACI AD ALTO RISCHIO	APP ESTERNA AZIENDALE STO STO IL1 STO A1
		STOCCAGGIO	5.2	STOCCAGGIO E CONSERVAZIONE ALERT FARMACI AD ALTO RISCHIO	STO STO IL1 STO A1

5	PROCESSI OPERATIVI	PRESCRIZIONE	5.3	TEMPERATURA STOCCAGGIO FARMACI	STO A2
				PRESCRIZIONE	PRE
				PRESCRIZIONE ISTRUZIONE DI LAVORO	PRE IL1
				PRESCRIZIONE SECURBLOOD	PRE IL2
				RICHIESTA ALLESTIMENTO ALTRI REPARTI	PRE M1
				ELENCO NON CONFORMITA'	PRE A 1
				LISTA PROTOCOLLI UFAONCOEMA RG	PRE A2
				ALLESTIMENTO	ALL
				ALLESTIMENTO IL PI AUSILIARIO ESTERNO	ALL IL1
				ALLESTIMENTO IL PI AUSILIARIO INTERNO	ALL IL2
				ALLESTIMENTO IL PI DILUITORE	ALL IL3
				ALLESTIMENTO IL R-UFA	ALL IL4
		ALLENAMENTO	5.4	SCHEDA TECNICA FOGLIO LAVORO PER DILUITORE	ALL A1
				ETICHETTA PER PREPARAZIONE SACCA-SIRINGA	ALL A2
				ETICHETTA PER REPARTO	ALL A3
				DEFINIZIONE VOLUMI	ALL A4
				TABELLA STABILITA' CHIMICO-FISICHE	ALL A5
				TRACCIABILITA' TEMPI ATTIVITA' UFA	ALL A6
				VOLUMI FINALI PREPARAZIONI INFUSIONALI	ALL A7
				TRASPORTO	TRA
				DISTRIBUZIONE	DIS
				TRASPORTO ISTRUZIONE DI LAVORO	TRA IL1
				ISTRUZIONE DI LAVORO ADDETTO ALLA CONSEGNA	DIS IL1
				UTILIZZO DATA LOGGER	TRA IL2
				DISTINTA CONSEGNA TRASPORTO	TRA M1
				SOMMINISTRAZIONE	SOM
				SOMMINISTRAZIONE ISTRUZIONE DI LAVORO	SOM IL1
				VOLUMI FINALI PREPARAZIONI INFUSIONALI	SOM A1
				PROCEDURA STRAVASI	SOM STR IL1
				SCHEDA DI RILEVAZIONE STRAVASO	SOM STR M1
				SCHEDA SI FOLLOW UP STRAVASO	SOM STR M2
				FLOW CHART STRAVASO	SOM STR A1
				CLASSIFICAZIONE STRAVASO	SOM STR A2
				INDICAZIONI TRATTAMENTO STRAVASO	SOM STR A3
				SMALTIMENTO	SMA
				SPANDIMENTO	SPA
				SPANDIMENTO ISTRUZIONE DI LAVORO	SPA IL1
				CONTAMINAZIONE AMBIENTALE	SPA M1
				CONTAMINAZIONE OPERATORE	SPA M2
				VALUTAZIONE ESPOSIZIONE A CTA	ESP
				CONTROLLI MICROBIOLOGICI	MIC
				FOLLOW UP	FUP
				PROGRAMMAZIONE FOLLOW UP	FUP M1
				LETTERA PAZIENTE	FUP M2
				LETTERA MMG	FUP M3
				PROCEDURA ESTERNA DA REVISIONARE	ESTERNA AZIENDALE
				GESTIONE NON CONFORMITA'	NON
				RAPPORTO NON CONFORMITA'	NON M1
				SEGNALIZIONE RECLAMI	NON M2
				DOCUMENTAZIONE	DOC

6	DOCUMENTAZIONE	DOCUMENTAZIONE	EMMISSIONE REVISIONE DOCUMENTAZIONE	DOC M1
			REGISTRO COPIE MANUALE DELLA QUALITA'	DOC M6
			ELENCO MANUALI D'USO	DOC M8
			ELENCO MODULI DOCUMENTI ESTERNI	DOC M9
			ELENCO SCHEDE DI SICUREZZA	DOC M10
			REGISTRAZIONE DELLA QUALITA'	DOC M11
			REGISTRO CONSEGNA-RITIRO DOCUMENTI	DOC M12
			LETTERA INCARICO TRATTAMENTO DATI SENSIBILI	DOC A1
			INFORMATIVA GESTIONE DATI PERSONALI SENSIBILE	DOC A2
			ELENCO PROCEDURE	DOC A4
			ELENCO ISTRUZIONI DI LAVORO	DOC A6
			ELENCO MODULI	DOC A 7
			ELENCO ALLEGATI	DOC A8
7	AUDITING	AUDIT	7.1	AUDIT IN CAMPO 17/10/2014
			7.2	AUTOVALUTAZIONE 15/05/2015
			7.3	AUDIT REMOTO 28/10/2015



## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Risk Management

Piazza Igea, 1

97100 RAGUSA

Telefono

0932.234348

0932.234366

FAX 0932 234366

EMAIL: [g.ruta@asp.rg.it](mailto:g.ruta@asp.rg.it)

[rischioclinico@asp.rg.it](mailto:rischioclinico@asp.rg.it)

OGGETTO: Verbale riunione del Comitato per il Rischio Clinico del 11 novembre 2015

In data 11 novembre 2015 alle ore 11,30 presso gli uffici della Direzione Generale siti in Piazza Igea Ragusa, si è riunito il Comitato per il Rischio Clinico, convocato per trattare il seguente ordine del giorno:

- P.D.T.A “Adeguatezza dell’assistenza al travaglio di parto”;
- P.D.T.A “Riabilitazione Cardiologica”;
- Gestione dell’emergenza in caso di interruzione dell’energia elettrica presso le UU.OO.CC. Diagnosi per immagini Aziendali;
- Nuova check list informatizzata sala operatoria
- Sistema Onco-UFA-EMO;
- Varie ed eventuali

Sono presenti:

Dr. Francesco Blangiardi (*Direttore Dipartimento e Prevenzione*)

Dr. Giulio V. Lettica (*Direttore Dipartimento Cardiologico*)

D.ssa Ines Monisteri (*Dipartimento Materno infantile delegata dr. Bonfiglio*)

Dr. Giovanni Garozzo ff. (*Dip. dei servizi*)

Dr. Pasquale Granata (*Dir. Sanitaria Pres. Osp. Ragusa*)

Dr. Giuseppe Cappello (*Dir. Sanitaria Pres. Osp. Vittoria Comiso*)

Ing. Lorenzo Aprile (*Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico*)

Dr. Biagio Aprile (*Responsabile Ufficio Qualità*)

Dr. Giuseppe Smecca (*Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione*)

Dr. Giovanni Ruta (*Responsabile U.O. Risk Management*)

Dott. Luciano Falbo (*delegato Direttore Serv. Informatici*)

Ing. Ivano Caltagirone (*Ufficio tecnico*)

Dr. Francesco Floridia (*Direttore U.O.C. Radiodiagnostica per Immagini Ragusa*)

D.ssa Sara Lanza (*U.O. Medicina fisica e riabilitativa Comiso*)

D.ssa Valentina Cascone (*delegata Dr.ssa Giuseppa Rizza Farmacie Ospedaliere*)

Assenti:

Dr. Pietro Bonomo (*Dir. Sanitaria Pres. Osp. Modica Scicli*)

Dr. Salvatore Pianeta (*Direttore S.C. Medicina Legale e Fiscale*)

Dott. Giovanni Tolomeo (*Direttore Settore Personale*)

D.ssa Rosa Cassisi (*Responsabile Uff. Infermieristico*)

Dr. Giuseppe Morando (*Direttore Dipartimento Salute Mentale*)

Aprè i lavori il Dr. Giovanni Ruta, che in qualità di delegato del Dr. Drago, dichiara validamente costituito il Comitato per il Rischio Clinico.

Come richiesto dall'Ing. Aprile, direttore dell'Ufficio Tecnico, il Comitato anticipa la disamina del terzo punto all'o.d.g., "Gestione dell'emergenza in caso di interruzione dell'energia elettrica presso l'U.O.C. Diagnosi per immagini" già discusso nella seduta del 2 luglio 2015.

L'Ing. Aprile puntualizza che, tutti gli impianti di tutte le UU.OO. dei presidi ospedalieri Aziendali sono, secondo quanto prevede la vigente normativa, dotati di rete preferenziale (gruppi elettrogeni) e rete di sicurezza (gruppi UPS). Inoltre la manutenzione di tali dispositivi viene effettuata regolarmente, come previsto dalle normative vigenti.

L'Ing. Caltagirone, Energy Manager Aziendale, prosegue l'analisi precisando che tali sistemi, sono in grado di fare fronte sia ai così detti "blackout" (ovvero l'assenza totale dell'elettricità per lungo periodo) che può verificarsi presso tutte le UU.OO. Ospedaliere Aziendali che ad eventuali abbassamenti di tensione.

Nei casi di interruzione dell'energia elettrica per pochi millesimi di secondo i dispositivi di emergenza soprarrichiamati non entrano in funzione a causa della mancata commutazione delle centraline elettroniche, con conseguente brusca interruzione del funzionamento apparecchiature sanitarie.

A causa di ciò, comunque, non viene garantita la perfetta funzionalità delle apparecchiature elettroniche impegnate negli accertamenti.

Per questo motivo, prosegue l'ing. Caltagirone, sono stati installati, presso le UU.OO. ospedaliere a rischio, dei sistemi di interfaccia "modem" che, in tempo reale, forniscono importanti dati che consentono, agli addetti, di avere la visione della situazione della rete elettrica aziendale. Tuttavia, prosegue l'Energy Manager, tali informazioni, se non supportate da una strategia operativa di collaborazione fra il personale delle UU.OO. ospedaliere ed il personale preposto al controllo della rete elettrica, risultano inutili e vanificano l'operato dei tecnici.

Si rende pertanto necessaria una procedura, rivolta agli operatori sanitari impegnati nelle aree a maggior rischio per i pazienti, da avviare nel caso in cui si verifichi un'interruzione o un'alterazione, nella rete elettrica. Viene pertanto sottoposta all'attenzione del Comitato, la **"Procedura per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali"** che ha lo scopo di pianificare e regolamentare i comportamenti e le azioni da adottare nei casi sopra descritti.

Considerata la complessità di tale procedura, prosegue l'Ingegnere Caltagirone, si rende indispensabile una adeguata formazione rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti in tali emergenze.

Il Comitato concorda su quanto appena esposto e, considerata la complessità della procedura in esame, chiede ai relatori che vengano approfonditi i seguenti punti:

- Tabella delle Responsabilità
- programmazione di un corso di formazione rivolto agli operatori sanitari dei reparti a rischio da effettuare entro 60 giorni dalla pubblicazione della delibera di approvazione della suddetta procedura.

La disamina e l'approvazione della **"Procedura per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali"** viene quindi rinviata alla prossima seduta del Comitato per il Rischio Clinico.

Si passa quindi, al P.D.T.A "Adeguatezza dell'assistenza al travaglio di parto" e al P.D.T.A "Riabilitazione Cardiologica" rispettivamente al primo ed al secondo punto all'odg.

Prende la parola il Dr. Ruta che, pur apprezzando i contenuti dei documenti, ritiene che le due procedure in esame abbiano carattere Dipartimentale quindi non di pertinenza del Comitato per il Rischio Clinico. Invita quindi, i relatori, a proporre le procedure in questione, alla Direzione Sanitaria Aziendale. A tal proposito il Dr. Aprile ed il Dr. Blangiardi, segnalano la necessità di una riorganizzazione dell'iter per l'approvazione delle procedure Aziendali e suggeriscono di produrre una procedura MADRE che regolamenti le modalità per la presentazione delle procedure e delle linee guida in ambito di U.O., di Presidio Ospedaliero, Dipartimentale e Aziendale.

Il Comitato concorda e stabilisce di trasmettere, quanto discusso, alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Si passa quindi al quarto punto all'odg. "Nuova check list informatizzata sala operatoria", già preso in esame dal Comitato durante la seduta del 22 settembre 2015.

Prende la parola il Dr. Luciano Falbo, dei Servizi Informatici Aziendali, il quale prosegue la disamina del documento illustrando ai presenti le modifiche apportate su richiesta del Comitato durante la precedente seduta.

I presenti, inoltre, su indicazione del relatore, decidono che la check list dovrà partire dall'1 gennaio 2016 e che gli operatori, fruitori di tale check list, dovranno seguire un corso di formazione ad opera del Dott. Falbo che si recherà presso le UU.OO. interessate.

Il Comitato approva la “Nuova check list informatizzata sala operatoria” all’unanimità, danno mandato al Dott. Falbo di organizzare dei corsi di formazione presso le UU.OO. Chirurgiche.

Al quinto ed ultimo punto all’odg il comitato prende in esame il “Sistema ONCO-UFA-EMO”. La Dott.ssa Valentina Cascone, dell’UFA inizia ad illustrare il complesso Sistema che è costituito da un insieme di procedure (architettura di documenti) organizzato secondo le linee guida Regionali. La D.ssa Cascone fa presente che il sistema è già inserito sulla piattaforma Regionale. Il Comitato pertanto ne prende atto, lo valida e lo rimette all’ufficio competente per la delibera di recepimento.

La seduta si conclude alle 14,00

Letto approvato e sottoscritto.

Dr. Francesco Blangiardi (*Direttore Dipartimento e Prevenzione*)

Dr. Giulio V. Lettica (*Direttore Dipartimento Cardiologico*)

D.ssa Ines Monisteri (*Dipartimento Materno infantile delegata dr. Bonfiglio*)

Dr. Giovanni Garozzo ff. (*Dip. dei servizi*)

Dr. Pasquale Granata (*Dir. Sanitaria Pres. Osp. Ragusa*)

Dr. Giuseppe Cappello (*Dir. Sanitaria Pres. Osp. Vittoria Comiso*)

Ing. Lorenzo Aprile (*Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico*)

Dr. Biagio Aprile (*Responsabile Ufficio Qualità*)

Dr. Giuseppe Smecca (*Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione*)

Dr. Giovanni Ruta (*Responsabile U.O. Risk Management*)

Dott. Luciano Falbo (*delegato Direttore Serv. Informatici*)

Ing. Ivano Caltagirone (*Ufficio tecnico*)

Dr. Francesco Floridia (*Direttore U.O.C. Radiodiagnostica per Immagini Ragusa*)

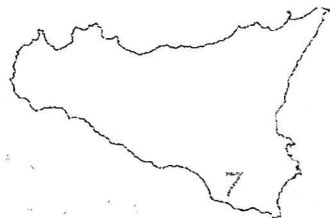
D.ssa Sara Lanza (*U.O. Medicina fisica e riabilitativa Comiso*)

D.ssa Valentina Cascone (*delegata Dr.ssa Giuseppa Rizza Farmacie Ospedaliere*)

*Segretario verbalizzante sig.ra Patrizia Galletti*

In allegato:

- P.D.T.A “Adeguatezza dell’assistenza al travaglio di parto”;
- P.D.T.A “Riabilitazione Cardiologica”;
- Gestione dell’emergenza in caso di interruzione dell’energia elettrica presso le UU.OO.CC. Diagnosi per immagini Aziendali;
- Nuova check list informatizzata sala operatoria. (**Approvata**);
- Sistema Onco-UFA-EMO. (**Approvato**);
- Firme di presenza.



DATA  
PROT./RM

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Risk Management  
Piazza Igea, 1  
97100 RAGUSA

Telefono  
0932.234348  
0932.234366

FAX 0932 234366

EMAIL:  
[giovanni.ruta@asp.rg.it](mailto:giovanni.ruta@asp.rg.it)  
[rischioclinico@asp.rg.it](mailto:rischioclinico@asp.rg.it)

Componenti del Comitato per il Rischio Clinico seduta del 11 novembre 2015

- Direttore Dipartimento e Prevenzione
- Direttore Dipartimento Veterinario
- Direttore Dipartimento Cardiologico
- Direttore Dipartimento Area Medica
- Direttore Dipartimento Chirurgico
- Direttore Dipartimento Materno Infantile
- Direttore Dipartimento Emergenza ed Urgenza
- Direttore Dipartimento Salute Mentale
- Direttore Dipartimento Oncologico
- Direttore Dipartimento Radiodiagnostica per Immagini
- X Direttore Dipartimento dei Servizi
- Direttore Sanitario Ospedali Civile e M.P. Arezzo
- Direttore Sanitario Ospedali Modica e Scicli
- Direttore Sanitario Ospedali Vittoria e Comiso
- Direttore S.C. Medicina Legale e Fiscale
- Direttore S.C. Ufficio Tecnico
- Direttore Farmacie Ospedaliere
- Responsabile Ufficio Qualità
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
- Responsabile Uff. Infermieristico
- Responsabile U.O. Risk Management
- Direttore Settore Personale
- Responsabile Servizio Informatico
- Direttore U.O.C. Ostetricia e ginecologia Ragusa
- Direttore U.O.C. Radiodiagnostica per Immagini Ragusa
- Direttore U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedale Comiso
- Segretario

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

x. *[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

x. *[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

# Check-List

DOCUMENTO PROVVISORIO

N°. Registro 626

<b>Blocco Op.:</b> RAG01 BLOCCO OP. OSP. CIVILE RG	<b>Reparto:</b> CHIRURGIA GENERALE - RG
<b>Data Int.:</b> 16/11/2015	<b>Sala:</b> SALA 1 CHIRURGIA
<b>Cognome:</b> PROVA	<b>Nome:</b> PROVA
<b>Data Nascita:</b> 12/06/2015	<b>Nosologico:</b>
<b>Intervento:</b>	

## Ambito: SIGN-IN-BO

### Ruolo: CHIRURGO

E' STATO RISPETTATO IL PIANO PER LA PROFILASSI DELLA TVP?

- SI  
 NON APPLICABILE

### Ruolo: INFERMIERE

IL PAZIENTE HA CONFERMATO:

- IDENTITA'  
 SEDE DI INTERVENTO  
 PROCEDURA  
 CONSENSO

IL SITO DI INTERVENTO E' STATO MARCATO / NON APPLICABILE

- SI  
 NON APPLICABILE

POSIZIONAMENTO DEL PULSOSSIMETRO SUL PAZIENTE E VERIFICA DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO

ALLERGIE:

- SI  
 NO

## Ambito: TIME-OUT

### Ruolo: CHIRURGO

CONFERMA DELLA:

- IDENTITA'  
 SEDE DI INTERVENTO  
 PROCEDURA

CI SONO PARTICOLARI CRITICITA' O PREOCCUPAZIONI, DURATA DELL'INTERVENTO, RISCHIO DI PERDITA DI SANGUE ?

- SI  
 NO

LE IMMAGINE DIAGNOSTICHE SONO STATE VISUALIZZATE ?

- SI  
 NON APPLICABILE

### Ruolo: INFERMIERE

LA PROFILASSI ANTIBIOTICA E' STATA ESEGUITA NEGLI ULTIMI 60 MINUTI

- SI  
 NON APPLICABILE

TUTTI I COMPONENTI DELL'EQUIPE SI SONO PRESENTATI

CONFERMA DELLA:

- IDENTITA'  
 SEDE DI INTERVENTO  
 PROCEDURA

E' STATA VERIFICATA LA STERILITA' (COMPRESI I RISULTATI DEGLI INDICATORI)

- SI  
 NO

CI SONO EVENTUALI PROBLEMI RELATIVI AI DISPOSITIVI E/O ALTRE PREOCCUPAZIONI

- SI  
 NO

## Ambito: SIGN-OUT-BO

### Ruolo: CHIRURGO

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

PIANO PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO POST-OPERATORIO

### Ruolo: INFERMIERE

L'INFERMIERE CONFERMA VERBALMENTE INSIEME AI COMPONENTI DELL'EQUIPE:

- NOME DELLA PROCEDURA REGISTRATA (QUALE PROCEDURA è STATA ESEGUITA?)  
 CHE IL CONTEGGIO FINALE DI GARZE, BISTURI, AGHI E ALTRO STRUMENTARIO CHIRURGICO SIA RISULTATO CORRETTO  
 COME IL CAMPIONE CHIRURGICO CON RELATIVO CONTENITORE E RICHIESTA SI STATO ETICHETTATO (COMPRESO L'IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE E LA DESCRIZIONE DEL CAMPIONE)

EVENTUALITA' DI PROBLEMI RELATIVI ALL'USO DI DISPOSITIVI MEDICI

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

# Check-List

DOCUMENTO PROVVISORIO

N° Registro 626

<b>Blocco Op.:</b> RAG01 BLOCCO OP. OSP. CIVILE RG	<b>Reparto:</b> CHIRURGIA GENERALE - RG
<b>Data Int.:</b> 16/11/2015	<b>Sala:</b> SALA 1 CHIRURGIA
<b>Cognome:</b> PROVA	<b>Nome:</b> PROVA
<b>Data Nascita:</b> 12/06/2015	<b>Nosologico:</b>
<b>Intervento:</b>	

## Ambito: SIGN-IN-BO

### Ruolo: CHIRURGO

E' STATO RISPETTATO IL PIANO PER LA PROFILASSI DELLA TVP?

- SI  
 NON APPLICABILE

### Ruolo: INFERMIERE

IL PAZIENTE HA CONFERMATO:

- IDENTITA'  
 SEDE DI INTERVENTO  
 PROCEDURA  
 CONSENSO

IL SITO DI INTERVENTO E' STATO MARCATO / NON APPLICABILE

- SI  
 NON APPLICABILE

POSIZIONAMENTO DEL PULSOSSIMETRO SUL PAZIENTE E VERIFICA DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO

ALLERGIE:

- SI  
 NO

## Ambito: TIME-OUT

### Ruolo: CHIRURGO

CONFERMA DELLA:

- IDENTITA'  
 SEDE DI INTERVENTO  
 PROCEDURA

CI SONO PARTICOLARI CRITICITA' O PREOCCUPAZIONI, DURATA DELL'INTERVENTO, RISCHIO DI PERDITA DI SANGUE ?

- SI  
 NO

LE IMMAGINE DIAGNOSTICHE SONO STATE VISUALIZZATE ?

- SI  
 NON APPLICABILE

### Ruolo: INFERMIERE

LA PROFILASSI ANTIBIOTICA E' STATA ESEGUITA NEGLI ULTIMI 60 MINUTI

- SI  
 NON APPLICABILE

TUTTI I COMPONENTI DELL'EQUIPE SI SONO PRESENTATI

CONFERMA DELLA:

- IDENTITA'  
 SEDE DI INTERVENTO  
 PROCEDURA

E' STATA VERIFICATA LA STERILITA' (COMPRESI I RISULTATI DEGLI INDICATORI)

- SI  
 NO

CI SONO EVENTUALI PROBLEMI RELATIVI AI DISPOSITIVI E/O ALTRE PREOCCUPAZIONI

- SI  
 NO

## Ambito: SIGN-OUT-BO

### Ruolo: CHIRURGO

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

PIANO PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO POST-OPERATORIO

### Ruolo: INFERMIERE

L'INFERMIERE CONFERMA VERBALMENTE INSIEME AI COMPONENTI DELL'EQUIPE:

- NOME DELLA PROCEDURA REGISTRATA (QUALE PROCEDURA È STATA ESEGUITA?)  
 CHE IL CONTEGGIO FINALE DI GARZE, BISTURI, AGHI E ALTRO STRUMENTARIO CHIRURGICO SIA RISULTATO CORRETTO  
 COME IL CAMPIONE CHIRURGICO CON RELATIVO CONTENITORE E RICHIESTA SI STATO ETICHETTATO (COMPRESO L'IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE E LA DESCRIZIONE DEL CAMPIONE)  
 EVENTUALITA' DI PROBLEMI RELATIVI ALL'USO DI DISPOSITIVI MEDICI

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

# Check-List

DOCUMENTO PROVVISORIO

N° Registro 626

<b>Blocco Op.:</b>	RAG01 BLOCCO OP. OSP. CIVILE RG	<b>Reparto:</b>	CHIRURGIA GENERALE - RG
<b>Data Int.:</b>	16/11/2015	<b>Sala:</b>	SALA 1 CHIRURGIA
<b>Cognome:</b>	PROVA	<b>Nome:</b>	PROVA
<b>Data Nascita:</b>	12/06/2015	<b>Nosologico:</b>	
<b>Intervento:</b>			

## Ambito: SIGN-IN-BO

### Ruolo: CHIRURGO

E' STATTO RISPETTATO IL PIANO PER LA PROFILASSI DELLA TVP?

SI

NON APPLICABILE

## Ambito: TIME-OUT

### Ruolo: CHIRURGO

CONFERMA DELLA:

IDENTITA'

SEDE DI INTERVENTO

PROCEDURA

CI SONO PARTICOLARI CRITICITA' O PREOCCUPAZIONI, DURATA DELL'INTERVENTO, RISCHIO DI PERDITA DI SANGUE ?

SI

NO

LE IMMAGINE DIAGNOSTICHE SONO STATE VISUALIZZATE ?

SI

NON APPLICABILE

## Ambito: SIGN-OUT-BO

### Ruolo: CHIRURGO

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

PIANO PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO POST-OPERATORIO

# Check-List

DOCUMENTO PROVVISORIO

N° Registro 626

<b>Blocco Op.:</b>	RAG01 BLOCCO OP. OSP. CIVILE RG	<b>Reparto:</b>	CHIRURGIA GENERALE - RG
<b>Data Int.:</b>	16/11/2015	<b>Sala:</b>	SALA I CHIRURGIA
<b>Cognome:</b>	PROVA	<b>Nome:</b>	PROVA
<b>Data Nascita:</b>	12/06/2015	<b>Nosologico:</b>	
<b>Intervento:</b>			

## Ambito: SIGN-IN-BO

### Ruolo: ANESTESISTA

CONTROLLI PER LA SICUREZZA DELL'ANESTESIA COMPLETATI  
DIFFICOLTA' DI GESTIONE DELLE VIE AEREE O RISCHIO DI ASPIRAZIONE ?

NO

SI, E LA STRUMENTAZIONE/ASSISTENZA DISPONIBILE

RISCHIO DI PERDITA EMATICA > DI 500 ml (7 ml/kg NEI BAMBINI) ?

NO

SI, L'ACCESSO ENDOVENOSO E' ADEGUATO E I FLUIDI SONO DISPONIBILI

### Ruolo: CHIRURGO

E' STATO RISPETTATO IL PIANO PER LA PROFILASSI DELLA TVP?

SI

NON APPLICABILE

### Ruolo: INFERMIERE

IL PAZIENTE HA CONFERMATO:

IDENTITA'

SEDE DI INTERVENTO

PROCEDURA

CONSENSO

IL SITO DI INTERVENTO E' STATO MARCATO / NON APPLICABILE

SI

NON APPLICABILE

POSIZIONAMENTO DEL PULSOSSIMETRO SUL PAZIENTE E VERIFICA DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO

ALLERGIE:

SI

NO

## Ambito: TIME-OUT

### Ruolo: ANESTESISTA

CONFERMA DELLA:

IDENTITA'

SEDE DI INTERVENTO

PROCEDURA

CI SONO ASPETTI CRITICI RIGUARDANTI IL PAZIENTE, SCALA ASA, ALTRO?

SI

NO

### Ruolo: CHIRURGO

CONFERMA DELLA:

IDENTITA'

SEDE DI INTERVENTO

PROCEDURA

CI SONO PARTICOLARI CRITICITA' O PREOCCUPAZIONI, DURATA DELL'INTERVENTO, RISCHIO DI PERDITA DI SANGUE ?

SI

NO

LE IMMAGINE DIAGNOSTICHE SONO STATE VISUALIZZATE ?

SI

NON APPLICABILE

### Ruolo: INFERMIERE

LA PROFILASSI ANTIBIOTICA E' STATA ESEGUITA NEGLI ULTIMI 60 MINUTI

SI

NON APPLICABILE

TUTTI I COMPONENTI DELL'EQUIPE SI SONO PRESENTATI

CONFERMA DELLA:

IDENTITA'

SEDE DI INTERVENTO

PROCEDURA

E' STATA VERIFICATA LA STERILITA' (COMPRESI I RISULTATI DEGLI INDICATORI)

SI

NO

CI SONO EVENTUALI PROBLEMI RELATIVI AI DISPOSITIVI E/O ALTRE PREOCCUPAZIONI

SI

NO

<b>Blocco Op.:</b>	RAG01 BLOCCO OP. OSP. CIVILE RG	<b>Reparto:</b>	CHIRURGIA GENERALE - RG
<b>Data Int.:</b>	16/11/2015	<b>Sala:</b>	SALA 1 CHIRURGIA
<b>Cognome:</b>	PROVA	<b>Nome:</b>	PROVA
<b>Data Nascita:</b>	12/06/2015	<b>Nosologico:</b>	
<b>Intervento:</b>			

**Ambito: SIGN-OUT-BO**

**Ruolo: ANESTESISTA**

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

**Ruolo: CHIRURGO**

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

PIANO PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO POST-OPERATORIO

**Ruolo: INFERMIERE**

L'INFERMIERE CONFERMA VERBALMENTE INSIEME AI COMPONENTI DELL'EQUIPE:

NOME DELLA PROCEDURA REGISTRATA (QUALE PROCEDURA è STATA ESEGUITA?)

CHE IL CONTEGGIO FINALE DI GARZE, BISTURI, AGHI E ALTRO STRUMENTARIO CHIRURGICO SIA RISULTATO CORRETTO

COME IL CAMPIONE CHIRURGICO CON RELATIVO CONTENITORE E RICHIESTA SI STATO ETICHETTATO (COMPRESO L'IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE E LA DESCRIZIONE DEL CAMPIONE)

EVENTUALITA' DI PROBLEMI RELATIVI ALL'USO DI DISPOSITIVI MEDICI

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA

REVISIONE DEGLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER L'ASSISTENZA POST-OPERATORIA