



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria e Checklist

Guida alla compilazione del questionario

maggio 2011

Guida alla compilazione del questionario

Il presente questionario è composto da 3 sezioni:

Sezione 1 deve essere compilata a cura della Regione e P.A.

Sezione 2 deve essere compilata a cura del referente aziendale incaricato dalla Direzione Generale di: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, ASL, Policlinici Universitari, IRCCS e Ospedali classificati.

Sezione 2.1 deve essere compilata dal referente aziendale indicato nella sezione 2 del presente questionario in collaborazione con ciascun Ospedale/Presidio Ospedaliero Pubblico/Struttura Sanitaria Privata Accreditata erogante prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario.

SEZIONE 1

La presente sezione si compone di 4 domande e di uno spazio dedicato ad eventuali commenti e suggerimenti.

Per la compilazione si forniscono alcune indicazioni generali.

Domanda 1. Indicare se la Regione/P.A. ha adottato con uno specifico atto il Manuale per la Sicurezza in Sala operatoria e la Checklist per la sicurezza in sala operatoria.

In caso di risposta affermativa inviare l'atto in formato elettronico o il relativo link all'indirizzo web da cui poterlo consultare, all'indirizzo: chirurgiasicura@sanita.it.

Qualora non venga inviato l'atto/provvedimento/circolare, la risposta verrà considerata come "NO".

Domanda 2. Specificare il numero delle Strutture Sanitarie (ASL, AO, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari, Ospedali Classificati) Pubbliche e Private Accreditate che erogano prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario presenti nel territorio della Regione e P.A.

Domanda 3. Indicare se la Regione/P.A. effettua un'attività di verifica e monitoraggio dell'implementazione della Checklist in sala operatoria. L'Ente dovrà indicare, in caso di risposta affermativa, gli strumenti di verifica e monitoraggio dell'implementazione. E' possibile indicare più strumenti in quanto non mutuamente esclusivi. Qualora la Regione/PA dichiari che detta attività è in fieri, dovrà indicare e produrre l'atto formale ovvero il link all'indirizzo web da cui poterlo consultare trasmettendolo all'indirizzo mail chirurgiasicura@sanita.it.

Qualora non venga inviato l'atto/ provvedimento/circolare, la risposta verrà considerata come "NO".

Domanda 4. Indicare se la Regione/P.A. ritiene utile che venga sviluppata una Checklist specifica per la Pediatria, Oculistica e Ostetricia (parto cesareo)

SEZIONE 2

La presente sezione si compone di 6 domande, per la cui compilazione si forniscono alcune indicazioni generali.

Domanda 1. Indicare la denominazione dell’Azienda/Struttura Sanitaria, specificandone la tipologia così come indicato dall’elenco. Indicare altresì il nome e cognome del referente aziendale, la sua qualifica, il telefono e la e-mail dove poterlo contattare.

Domanda 2. Indicare se è stato adottato all’interno della struttura il Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria del Ministero della Salute e la Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria, ovvero l’atto regionale di recepimento. E’ possibile indicare con un “SI” entrambe le risposte.

Domanda 3. Per “individuazione di un responsabile aziendale e/o un gruppo di coordinamento della Checklist” si intende la presenza di una figura o di un gruppo di coordinamento a cui venga demandato il compito di diffondere il Manuale e la Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria, effettuare attività formativa e provvedere al monitoraggio dell’implementazione della Checklist.

Domanda 4. Indicare se è stata effettuata un’attività di formazione per l’implementazione della Checklist in sala operatoria

Domanda 5. Indicare se vengono effettuate attività di verifica e monitoraggio dell’implementazione della Checklist in sala operatoria. E’ possibile contrassegnare con una “X” più risposte in quanto non mutuamente esclusive. In caso di risposta affermativa indicare quali sono gli strumenti utilizzati e darne una specificazione nel campo di testo libero.

Per “questionari ad hoc” si intende l’utilizzo di questionari destinati ad ogni unità operativa che svolge attività chirurgica;

Per “attività di verifica presso le U.O. chirurgiche dell’azienda” si intende l’effettuazione di sopralluoghi da parte della Direzione aziendale presso le unità operative che svolgono attività chirurgica;

Per “sistema informatizzato di monitoraggio della checklist” si intende l’utilizzo sistematico di un sistema informatico informatizzato che permetta il controllo da parte degli organi apicali circa il corretto utilizzo della Checklist in sala operatoria attraverso la produzione di report specifici

Per “altro” specificarne il contenuto.

Domanda 6. Indicare, in relazione alle caratteristiche della Azienda/Struttura Sanitaria, il numero di Ospedali/Presidi Ospedalieri Pubblici e delle Strutture Sanitarie Private Accreditate che svolgono attività chirurgica in regime di ricovero ordinario.

Nel caso in cui una struttura (pubblica o privata accreditata) abbia più Presidi Ospedalieri che erogano prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario, deve compilare tante SEZIONI 2.1 del questionario per quanti sono i Presidi; mentre qualora la struttura sanitaria fosse singola, dovrà compilare il questionario una sola volta per la SEZIONE 2.1, oltre a compilare la presente sezione.

SEZIONE 2.1

La presente sezione si compone di 7 domande, per la cui compilazione si forniscono alcune indicazioni generali.

Questa sezione va compilata per ciascuno singolo erogatore di prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario.

Domanda 1

Indicare la denominazione, l'indirizzo e il tipo di Ospedale e Presidio Ospedaliero Pubblico o Privato accreditato, barrando le apposite caselle

Domanda 2a e 2b.

Indicare:

- totale di U.O. di area chirurgica che operano in regime di ricovero ordinario
- il numero di U.O. di area chirurgica che utilizzano la Checklist

Domanda 3

Indicare se è stato individuato un coordinatore responsabile della Checklist in sala operatoria

Domanda 4a-4b-4c

Indicare, se è utilizzata una Checklist specifica per la Pediatria, Oculistica e Ostetricia (parto cesareo). Indicare “non applicabile” laddove non viene svolta attività chirurgica in ambito pediatrico, oculistico e ostetrico.