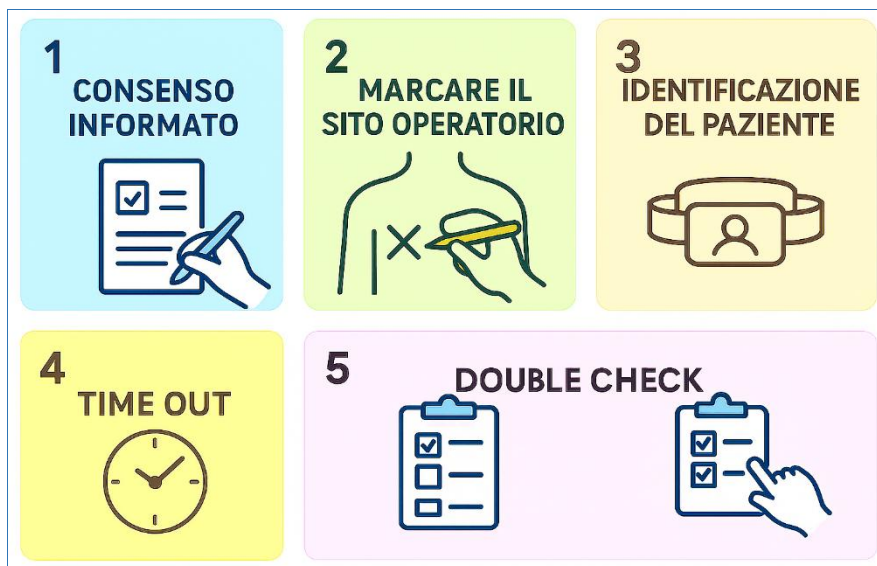


 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio		



CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA

STESURA

Recepimento e Adeguamento della Raccomandazione Ministeriale n. 3

Ministero della Salute

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

RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA
IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO
E DELLA PROCEDURA

Le procedure chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del
corpo sbagliata e le procedure errate possono causare gravi
danni ai pazienti

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

STESURA - VERIFICA - APPROVAZIONE

GRUPPO DI LAVORO - STESURA

Struttura	Nominativo	Ruolo
S.C. Anestesia e Rianimazione	Sessego Roberto	Dirigente Medico
S.C. Anestesia e Rianimazione (Blocco Operatorio)	Porcu Vincenza	Coordinatrice Infermieristica
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Gramegna Vergottini Valerio	Dirigente Medico
S.C. Chirurgia Vascolare	Camparini Stefano	Direttore
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Sette Anna Maria	Dirigente Medico
S.C. Medicina Legale	Caddeo Michela	Dirigente Medico
S.C. Ortopedia e Traumatologia	Angius Antonio	Dirigente Medico
S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	Manca Roberta	Infermiera IFO
S.S.D. Area Legale e Contenzioso	Versace Andrea	Avvocato

REFERENTE DEL DOCUMENTO E REFERENTI AREE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

Struttura	Nominativo	Ruolo
S.C. Ortopedia e Traumatologia	Angius Antonio	Dirigente Medico - Referente Documento
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Mura Nicola	Dirigente Medico - Referente Area Rischio Clinico
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Porceddu Cinzia	Sociologa - Referente Area Qualità

VERIFICA

Struttura	Nominativo	Ruolo	Firma
Dipartimento Cardio-Vascolare	Cirio Emiliano Maria	Direttore	
Dipartimento Chirurgico	Solinas Andrea	Direttore	
Dipartimento Cura della Malattie Oncologiche	Barbara Raffaele	Direttore	
Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi	Siotto Paolo	Direttore	
Dipartimento Emergenza-Urgenza – S.C. Ortopedia e Traumatologia	Dessi Giuseppe	Direttore	
Dipartimento Materno-Infantile	Mascia Luigi	Direttore	
Dipartimento Medico Internistico	Pani Antonello	Direttore	
Dipartimento Neurologico e della Riabilitazione	Conti Carlo	Direttore f.f.	
Dipartimento Oncologico Chirurgico	Macciò Antonio Pietro	Direttore	
S.C. Anestesia e Rianimazione	Marcello Maria Emilio	Direttore	
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Mura Paolo	Direttore f.f.	
S.C. Chirurgia Vascolare	Camparini Stefano	Direttore	
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Aramu Francesca	Direttore f.f.	
S.C. Medicina Legale	Demontis Roberto	Direttore	
S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	Dettori Bruna	Direttore	
S.C. Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione	Dettori Bruna	Direttore f.f.	
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Ghiani Carla	Direttore	
S.S.D. Area Legale e Contenzioso	Sanna Stefania	Avvocato	

VALIDAZIONE

Ruolo	Nominativo	Firma
Direttore Sanitario ARNAS G. Brotzu	La Nasa Giorgio	

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

APPROVAZIONE 1

Ruolo	Nominativo
Commissario Straordinario ARNAS G. Brotzu	Marcias Maurizio
Direttore Sanitario ARNAS G. Brotzu	La Nasa Giorgio
Direttore Amministrativo ARNAS G. Brotzu	Fannì Pittau Maria

STATO DELLE PUBBLICAZIONI (STESURA / REVISIONE)

N.	Descrizione	Data
-	-	-

ELENCO ALLEGATI – MODULI

N.	Descrizione
All_001_PSQ_AZ_009	Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura
All_002_PSQ_AZ_009	Modulo di Incident Reporting

Lista di Distribuzione

Personale Sanitario ARNAS G. BROTZU

¹ Approvazione e adozione mediante Deliberazione Aziendale

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

ABBREVIAZIONI - ACRONIMI

CODICE	DESCRITTIVO
ARNAS	Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione
AZ	Aziendale
CC	Copia Conoscenza
CIE	Carta di Identità Elettronica
CNS	Carta Nazionale dei Servizi
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
PG	Protocollo Generale
PO	Presidio Ospedaliero
PSQ	Procedura
S.C.	Struttura Complessa
SIRMES	Sistema Informatico Regionale Monitoraggio Errori in Sanità
SISPaC	Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico
SPID	Sistema Pubblico di Identità Digitale
S.S.D.	Struttura Semplice Dipartimentale

DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

Evento sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che comportare morte o grave danno al Paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.
Istruzione operativa	Documento che illustra nel dettaglio le specifiche azioni che l'operatore sanitario deve obbligatoriamente attuare in una determinata situazione. Possono essere parte applicativa di una procedura. Di solito riguardano una sequenza di azioni semplice e breve.
Linea Guida	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo Scopo di assistere medici e pazienti [e manager] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche [Institute of Medicine].
PDTA	Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si intendono l'insieme sequenziale (da qui percorso) di azioni /interventi che una Organizzazione Sanitaria introduce (allineate/i alle raccomandazioni delle linee guida correnti) al fine di garantire al paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato.
Procedura	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale.
Processo	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro, in quanto gli output di uno sono solitamente input di altro/i.
Protocollo	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni specifiche di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico-sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo e nell'interpretazione giuridica, il contenuto di un protocollo è vincolante per i professionisti (es. protocolli clinici specialistici).
Strumenti operativi di verifica e supporto	Documenti utilizzati quali strumenti per la verifica delle attività clinico-assistenziali svolte (moduli, Schede, planning, ecc.). Tali documenti vengono allegati ai loro documenti di riferimento (protocolli, procedure, istruzioni operative).

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

SOMMARIO

PREMESSA	6
CONTESTO NORMATIVO REGIONALE.....	6
SCOPO	7
CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE	7
PROCESSO	7
1° Fase: CONSENSO INFORMATO	7
2° Fase: CONTRASSEGNARE IL SITO OPERATORIO	7
3° Fase: IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	8
4° Fase: “TIME OUT”	8
5° Fase: “CONTROLLO IN DOPPIO” (double check)	9
LE SISPAC.....	9
INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ.....	10
ARCHIVIAZIONE, MONITORAGGIO E REVISIONE	10
RIFERIMENTI DOCUMENTALI, NORMATIVI E SITOGRAFICI	11

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio		

PREMESSA

La presente procedura, in linea con la **Raccomandazione ministeriale n. 3**, del 31 marzo 2008, intende descrivere le azioni che sono necessarie per garantire la corretta procedura al corretto paziente sul corretto sito.

La stessa Raccomandazione n. 3 rappresenta che nonostante non si disponga di dati ufficiali di incidenza, si stima che la procedura chirurgica su parte del corpo errata si verifichi 1 volta ogni 1000 - 3000 procedure chirurgiche all'anno. Rileva inoltre che gli interventi in paziente sbagliato o in parte del corpo sbagliata rappresentano eventi particolarmente gravi, che possono essere determinati da diversi fattori, quali la carente pianificazione preoperatoria, la mancanza di meccanismi di controllo, l'inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e/o tra operatori all'interno dell'équipe.

Si precisa che la procedura chirurgica o interventistica eseguita in Paziente sbagliato e/o in parte del corpo sbagliato rappresenta un importante **evento sentinella** (n. 1 e 2) che può e deve essere prevenuto.

Gli eventi sentinella devono essere segnalati secondo protocolli specifici di monitoraggio degli eventi sentinella.

Nelle more del potenziamento del **Sistema Informatico Regionale Monitoraggio Errori in Sanità (SIRMES)**, ogni evento sentinella che riguardi una procedura chirurgica/interventistica eseguita in Paziente sbagliato e/o in parte del corpo sbagliato va segnalato utilizzando il **Modulo di Incident Reporting** allegato al presente documento e ufficializzato in Azienda con PG/2025/15901 del 17/07/2025.

Il suddetto modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, dovrà essere inviato a gestionerischio@aob.it mettendo in CC la Direzione Medica di Presidio (direzionesanitariapresidio@aob.it) per il P.O. San Michele e dirsan.businco@aob.it per il P.O. A. Businco) e l'Ufficio Legale Aziendale (ufficio.legale@aob.it).

Le Strutture, il cui Personale della Dirigenza e/o del Comparto abbia già completato il "Progetto Formativo Regionale per la Rete del Risk Management e delle Infezioni Correlate all' Assistenza", hanno anche la possibilità, per il tramite dei propri Facilitatori del rischio clinico, di inserire la segnalazione nella piattaforma SIRMES, previa autenticazione con SPID/CNS/CIE (<https://sirmes.sardegnaasalute.it/jamio/index.html>).

CONTESTO NORMATIVO REGIONALE

Con la Deliberazione n. 8/8 del 24/02/2015 la Giunta Regionale ha istituito il "Tavolo tecnico regionale per il miglioramento della sicurezza degli interventi chirurgici", i cui componenti sono stati nominati con il Decreto Assessoriale n. 738 del 09/03/2015, aggiornato con il Decreto n. 21 del 06/10/2022, con l'obiettivo di definire un protocollo per la realizzazione di una check-list di sala operatoria tesa a migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici eseguiti nelle strutture del Sistema Sanitario Regionale.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 40/27 del 07/08/2015, sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia", volte a garantire il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure e assicurare una corretta pianificazione e condivisione dell'attività medica, soprattutto in ambiti, come quello della chirurgia, in cui la complessità è intrinseca.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 44/35 del 05/09/2018 "Integrazione delle linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia di cui alla DGR n. 40/27 del 07/08/2015", sono state approvate 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* e la Scheda conta garze e strumenti.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/61 del 01/06/2023 "Adozione aggiornamento delle Linee di indirizzo per il percorso sicurezza in chirurgia. Modifiche alle Delib. G.R. n. 40/27 del 07/08/2015 e n. 44/35 del 05/09/2018. Deliberazione del Direttore Generale ARES n. 306 del 27/12/2022", sono state revisionate: la Scheda Integrata per la Sicurezza del Paziente Chirurgico (SISPaC), la SISPaC Sala Parto, la SISPaC Cardiologia Interventistica, la SISPaC Oculistica e la SISPaC Scheda Conta Garze e Strumenti.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio		

SCOPO

Migliorare il processo in oggetto e garantire la corretta procedura al corretto paziente sul corretto sito.

CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica su tutte le procedure chirurgiche e invasive, che vengono eseguite in sala operatoria o in altri "setting" ospedalieri dell'ARNAS G. Brotzu.

PROCESSO

Le azioni prevedono una procedura che si svolge in 5 fasi distribuite in tre periodi

Periodo di preparazione all'intervento (nei giorni o nelle ore che precedono l'intervento)	• 1° Fase: Consenso informato • 2° Fase: Contrassegnare il sito operatorio
Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria	• 3° fase: Identificazione del paziente
Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)	• 4° Fase: "Time Out" • 5° Fase: "Controllo in doppio" (double check)

1° Fase: CONSENSO INFORMATO

Il Consenso informato rappresenta un momento particolarmente importante del processo assistenziale, per cui ogni medico ha l'obbligo di fornire al paziente una corretta e completa informazione sul trattamento chirurgico proposto, che includa i benefici e i rischi ad esso connessi, nonché le procedure e i metodi di trattamento alternativi. In aggiunta a tutte le informazioni che, secondo le norme vigenti, devono essere fornite al paziente per l'accurato e consapevole consenso, occorre che il consenso informato contenga *almeno* le seguenti informazioni:

- Nome e cognome del paziente
- Indicazione del sanitario che ha acquisito il consenso
- Motivazioni per cui viene effettuata la procedura (diagnosi o condizione clinica)
- Nome e descrizione della procedura
- Sede dell'intervento (organo, parte, livello del corpo)
- Lateralità della procedura
- Eventuali trattamenti alternativi
- Complicanze specifiche e generiche sia della procedura proposta sia del trattamento alternativo
- Una dicitura simile a: *"Dichiaro di aver chiaramente compreso quanto illustratomi dal medico e in piena libertà e coscienza esprimo il mio consenso"*.

Le informazioni contenute nel consenso sono integrabili in base alle diverse specialità chirurgiche anche tramite spiegazione e consegna di specifiche brochures o altro materiale informativo.

Se il paziente versa in uno stato di necessità (*emergenza o urgenza non differibile*) non c'è bisogno del consenso.

2° Fase: CONTRASSEGNARE IL SITO OPERATORIO

Il sito chirurgico deve essere contrassegnato nelle situazioni caratterizzate da:

- Lateralità dell'intervento
- Interessamento di strutture multiple (dita, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste)

Costituiscono eccezioni:

- Interventi su organi singoli

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

- Chirurgia d'urgenza in cui non è prevista una fase preoperatoria di pianificazione dell'intervento
- Procedure interventistiche in cui il sito di inserzione del catetere o dello strumento non è predeterminato (cateterismo cardiaco)
- Interventi bilaterali simultanei
- Neonati prematuri in cui l'utilizzo del pennarello indelebile può causare un tatuaggio permanente

Il sito chirurgico deve essere contrassegnato con un pennarello indelebile, affinché il segno rimanga visibile anche dopo l'applicazione di soluzioni per la preparazione della cute.

È consigliabile l'utilizzo di simboli che non diano adito a confusione e che siano standardizzati all'interno della struttura sanitaria, quali le iniziali del paziente, l'utilizzo di una freccia, le iniziali del chirurgo che effettua l'intervento o una "X".

In casi particolari (es. occhio), per motivi estetici, di privacy o eventuali interferenze con laser o altri dispositivi medici, è opportuno contrassegnare il sito con un piccolo segno.

Non devono essere tracciati altri segni in altra parte del corpo e va considerata la possibilità della presenza di altri segni confondenti (es. tatuaggi).

Il contrassegno deve essere effettuato, se possibile, coinvolgendo il paziente, vigile e cosciente, e/o i familiari e/o tutore in caso di paziente non collaborante.

Il simbolo deve essere segnato sulla sede di incisione o nelle immediate vicinanze.

Prima di tracciare il segno verificare il sito chirurgico sulla base della documentazione e delle immagini radiologiche.

Il simbolo deve essere tracciato dall'operatore che effettuerà l'intervento oppure da un suo delegato, precedentemente individuato, che sarà presente al momento dell'intervento. Il contrassegno non deve essere effettuato dai pazienti e/o familiari.

L'operatore è tenuto a verificare la correttezza del segno al momento dell'intervento se non tracciato dal medesimo.

Se il paziente, per la propria condizione clinica o per età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.

3° Fase: IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive, un componente dell'equipe deve chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento e il sito chirurgico.

Il personale deve verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica, il consenso informato e, laddove presenti, con il braccialetto di identificazione o altri sistemi analoghi.

Se il paziente, per la propria condizione clinica o per età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.

4° Fase: "TIME OUT"

Prima di iniziare l'intervento, all'interno della sala operatoria, deve essere effettuata la verifica finale con lo Scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico.

Tale verifica deve coinvolgere l'intera equipe operatoria.

Deve essere utilizzata una comunicazione attiva e partecipata di tutti i componenti.

Il metodo del "Time Out" prevede che:

- Un componente dell'equipe dichiara il nome del paziente, la procedura da effettuare, il sito e la lateralità, laddove richiesta, la posizione del paziente e ogni altra informazione rilevante per la sicurezza dell'intervento (es. la presenza dei dispositivi necessari, quali protesi, valvole cardiache ecc.)
- Tutti i componenti dell'equipe devono essere d'accordo con quanto esposto e devono essere chiarite le eventuali discrepanze emerse

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio		

5° Fase: "CONTROLLO IN DOPPIO" (double check)

Confermare l'identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico controllando le immagini radiografiche.

Il controllo deve essere effettuato in doppio, da due componenti dell'equipe.

Il primo controllo deve essere effettuato dall'operatore che esegue l'intervento.

Il secondo controllo deve essere effettuato da un altro componente dell'equipe, per confermare le informazioni riguardanti la corretta identità del paziente, la correttezza della procedura e del sito chirurgico.

LE SISPAC

Le SISPAC adottate dalla Regione Sardegna e utilizzate dall'ARNAS G. Brotzu sono:

1. Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico
2. Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico Cardiologia Interventistica
3. Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico Oculistica
4. Scheda Integrata di Sicurezza della Paziente in Sala Parto

Le prime tre SISPAC prevedono 3 fasi:

1. Preparazione dell'intervento
2. Check list
 - a. Sign-in
 - b. Time out
 - c. Sign out
3. Post operatorio

Mentre la SISPAC relativa al percorso in Sala Parto prevede 4 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

Si precisa che tutte le parti elencate nelle SISPAC devono essere rispettate e debitamente compilate nei tempi e nei modi corretti.

Qualora negli items non fossero riportate tutte le risposte richieste NON si potrà procedere con la successiva fase dell'intervento.

Le SISPAC devono essere applicate anche nei reparti ad alta intensità di cura e compilate dal Personale ad esse afferenti per la propria parte di competenza.

È facoltativo l'utilizzo delle SISPAC nei casi di emergenza laddove esista un imminente pericolo di vita per il paziente tale per cui l'applicazione dello strumento potrebbe comportare un rallentamento nell'applicazione di procedure salvavita (allegato alla DGR 40/27 del 07/08/2015).

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività	1° Medico Chirurgo	2° Medico Chirurgo	Medico Anestesista	Infermiere di Reparto	Infermiere di Sala Operatoria	Intera equipe	Tecnico di radiologia	Paziente e/o familiare/tutore legale
Acquisire Consenso informato all'intervento ognuno per la propria parte	R	C	R	C	C	C	-	C
Contrassegnare il sito operatorio	R	C	C	C	C	C	I	C
Identificare il pz all'arrivo in sala	R	R	R	-	R	R	-	-
Confermare l'identità del paziente (double check ²)	R	R	R	-	R	R	-	-
Confermare il sito chirurgico controllando le eventuali immagini radiografiche (double check ²)	R	R	C	-	I	I	-	-
Verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico (time out)	R	R	R	-	R	R	-	-

Legenda - R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

ARCHIVIAZIONE, MONITORAGGIO E REVISIONE

La presente procedura potrà essere reperita attraverso l'Intranet AOB, previo login, al link: <https://intranet.aob.it/qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/comunicazioni-qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/procedure>.

Il monitoraggio dell'attuazione consente di valutare l'efficacia della procedura e di identificare eventuali aree di miglioramento.

Saranno inoltre oggetto di monitoraggio, mediante l'ausilio della piattaforma SIRMES, tutti gli eventi sentinella correlati a "procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato e/o in parte del corpo sbagliato".

Il presente documento sarà oggetto di revisione periodica in base all'aggiornamento della Raccomandazione Ministeriale a cui si riferisce e in base alle evidenze scientifiche emerse e ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

² Il double check deve essere ripetuto dopo riposizionamento del paziente / rifacimento del campo operatorio e/o cambio dell'equipe chirurgica

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA	PSQ_AZ_009 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

RIFERIMENTI DOCUMENTALI, NORMATIVI E SITOGRAFICI

- Correct patient, correct procedure and correct site surgery policy and guidelines. Operantional circular Department of Health Government of Western Australia. 31 march2005
- Ensuring correct surgery and invasive procedures, Department of Veteran Affairs VHA directive 2004-028, June 25, 2004
- <http://www.ministerosalute.it>
- Kwaan MR, StuddertDM, Zinner MJ, GawandeAA. Incidence, Patterns, and Prevention of Wrong-Site Surgery. Arch Surg. 2006;141:353-358
- Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III "Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura"
- New York State Health Department of Health: Pre-Operative Protocols Panel - Final Report; Albany, February 8, 2001
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (luglio 2024), Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione, dei Dispositivi Medici, del Farmaco e delle Politiche a Favore del SSN, Ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio 3 - Qualità, Rischio Clinico e Programmazione Ospedaliera
- Wrong site surgery. Advisory Statement. American Academy of Orthopaedic Surgeons. American Association of Orthopaedic Surgeons January 2004 AAOS On-line Service Wrong–Site Surgery