AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Via Oderisio 1 - 82100 Benevento

Deliberazione N. 479 del 16/10/2025

PROPONENTE: U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione Risk management

OGGETTO: RISCHIO CLINICO " PROCEDURA "RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA"

In pubblicazione dal 16/10/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia - art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Daniela De Luca - UFFICIO DELIBERE

Apollonia Di Mella - U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione Risk management

Antonio Mennitto - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Marco De Fazio - DIREZIONE SANITARIA

Tiziana Spinosa - DIREZIONE GENERALE

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N._____ DEL _____

UOC PROPONENTE: UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE E RISK MANAGEMENT

OGGETTO: RISCHIO CLINICO – PROCEDURA "RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA"

LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI n._____ PAGINE CON n._____ ALLEGATI CHE FORMANO PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Si attesta la regolarità giuridico-amministrativa del presente atto e di adeguata istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)
Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Apollonia Di Mella

Si attesta che il costo di €_____ imputato al conto n._____ (denominazione del conto) del Bilancio _____ ha capienza nel budget assegnato n. _____
Si attesta che il presente atto comporta costi per l'Azienda

Il Dirigente Responsabile UOC
Dott.ssa Apollonia Di Mella

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE	**ESECUTIVITA'**	**RELATA DI NOTIFICA**
Si ATTESTA che la presente delibera viene esposta all'Albo Pretorio informatico dell'Ente il _____ e vi rimarrà per ___ giorni consecutivi. *Benevento*, lì _____ Il Funzionario incaricato Ufficio Delibere	ORDINARIA ☐ IMMEDIATA ☐ Dal_____	Si ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in modalità telematica all'Albo Pretorio informatico dell'Ente, dal_____ al _____ Benevento, li_____ Il Responsabile della Pubblicazione Il Funzionario Ufficio Delibere

Il Direttore Responsabile dell'Unità Operativa Complessa Prevenzione e Protezione e Risk Management, in forza della disposizione prot. n. 7508 del 23/01/2023, alla stregua dell'istruttoria compiuta ai sensi degli art. 4, 5 e 6 della Legge 241/90, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità amministrativo – contabile resa a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n.196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190

Il Direttore
UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management
Dott.ssa Apollonia Di Mella

PREMESSO che:
- con la Raccomandazione del Ministero della salute n. 3 del 2008 è stato introdotto, per tutte le strutture sanitarie, l'obbligo di adottare misure organizzative atte a prevenire gli errori di identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;

CONSIDERATO che è necessario:
- identificare correttamente il paziente, il sito chirurgico e la procedura seguita in quanto elementi essenziali per la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario;
- adottare formalmente una procedura standardizzata che garantisca l'uniformità delle procedure chirurgiche o invasive eseguite nelle strutture sanitarie sia ambulatoriali che di day-surgery nonchè la sicurezza del paziente

PROPONE

per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di:
- adottare la procedura "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" allegata al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale

Il Direttore
UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management
Dott.ssa Apollonia Di Mella

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Tiziana Spinosa, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 431 del 26.06.2025 col quale veniva immesso nelle funzioni con decorrenza 09.08.2025;
Visti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario che con la sottoscrizione del presente provvedimento si intendono favorevoli:

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Mennitto

Il Direttore Sanitario
Dott. Marco De Fazio

DELIBERA

per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di

1. adottare la procedura "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" allegata alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;
2. conferire l'esecutività come indicato nel frontespizio, stante l'urgenza;
3. trasmettere il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere:
   - al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto di competenza;
   - ai Distretti Sanitari

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Tiziana Spinosa

Il Segretario verbalizzante
Dott.ssa Daniela De Luca

PROCEDURA "RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI,

DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA"

N. REV	DESCRIZIONE MODIFICHE
01	Allegato n. 1 e n. 2

Status		Data	Firma
Elaborato	UOC Prevenzione e Protezione - Risk Management	03.10.2025	
Verificato	Direttore UOC Prevenzione e Protezione	13.10.2025	

Contenuti del Documento

1. Gruppo di Lavoro

2. Informazioni relative al documento
- 2.1 Periodo di validità e revisione
- 2.2 Obiettivi
- 2.3 Ambito di applicazione

3. Contenuti del Documento
- 3.1 Generalità
- 3.2 Modalità operative
  - 3.2.1 Fase di Sign-in (prima di iniziare la procedura)
  - 3.2.2 Fase di Time-out (immediatamente prima dell'inizio)
  - 3.2.3 Fase di Sign-out (prima che il paziente lasci l'ambulatorio)
- 3.3 Responsabilità
- 3.4 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

4. Strumenti di Gestione del Documento
- 4.1 Segnalazione degli Eventi Sentinella ed Eventi Avversi
- 4.2 Allegati (allegato n. 1 e 2)

1. Gruppo di Lavoro

UOC Prevenzione e Protezione – Rischio Clinico.

2. Informazioni relative al Documento

2.1 Periodo di validità e revisione

La revisione del presente documento è prevista entro 5 anni dalla data di emissione salvo che mutuate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative non ne richiedano la revisione in tempi più brevi. Il presente documento è comunque valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica.

2.2 Obiettivi

- ridurre il rischio di eventi avversi;
- standardizzare i passaggi critici e migliorare la comunicazione tra operatori sanitari, garantendo sicurezza e qualità anche per procedure minori o a bassa complessità.

Nel particolare, l'obiettivo finale è ridurre variabilità e omissioni, trasformando una sequenza di atti tecnici in un percorso controllato, ripetibile e documentabile, migliorando la qualità e sicurezza delle cure.

2.3 Ambito di applicazione

La procedura è rivolta a tutto il personale dell'Azienda, in particolar modo a: 1) medico chirurgo o specialista responsabile della procedura (compila e conferma la parte clinica [identificazione, indicazione, lato, pianificazione procedura]; guida il "time-out" e il "sign-out"); 2) personale infermieristico/ strumentista (coordina la compilazione materiale della check-list; verifica materiali, sterilità, kit di emergenza, preparazione del paziente; registra eventuali deviazioni e le segnala); 3) anestesista (se presente, conferma piano anestesiologico/sedativo, monitoraggio, farmaci, idoneità del paziente; 4) OSS/ personale di supporto (contribuisce a identificazione del paziente, posizionamento sicuro, supporto alla dimissione). Questa procedura è da applicare a tutte le procedure chirurgiche o invasive eseguite in ambulatorio chirurgico o in regime di day-surgery, indipendentemente dalla complessità; applicabile anche a procedure mini-invasive (biopsie, piccola chirurgia dermatologica, ortopedica, oculistica ecc.), adattando le voci non pertinenti. È da escludersi l'utilizzo della stessa solo per procedure strettamente ambulatoriali non invasive (es. medicazioni semplici, rimozione punti).

3 Contenuti del Documento

3.1 GENERALITÀ

La sicurezza del paziente rappresenta una priorità strategica del Servizio Sanitario Nazionale e delle singole strutture sanitarie. La Raccomandazione Ministeriale n. 3 del 2008 ("Prevenzione della identificazione errata del paziente, del sito e della procedura in caso di interventi chirurgici") ha introdotto, per tutte le strutture sanitarie, l'obbligo di adottare misure organizzative mirate a prevenire gli errori di identificazione del paziente, del lato e della procedura.
Tali misure includono:

- l'identificazione univoca del paziente con almeno due identificatori;
- la marcatura pre-operatoria del sito chirurgico, quando applicabile;
- la realizzazione di una "time-out" immediatamente prima dell'inizio della procedura, con conferma corale di paziente, sito, procedura e disponibilità di materiali;
- la documentazione scritta dell'avvenuto controllo.

Sulla base di questi principi e in coerenza con la Surgical Safety Checklist dell'OMS, la presente procedura definisce un percorso strutturato di sicurezza anche per le procedure eseguite in regime ambulatoriale o di day-surgery, adattando le fasi di *sign-in*, *time-out* e *sign-out* alle caratteristiche del setting ambulatoriale.
L'adozione sistematica della check-list permette di:

- ridurre la probabilità di errori di identificazione e di lato;
- assicurare la corretta preparazione del paziente e la disponibilità di materiali e presidi di emergenza;
- favorire la comunicazione all'interno dell'équipe, anche in setting a risorse ridotte;
- garantire la tracciabilità dei controlli eseguiti, migliorando la qualità e fornendo evidenza oggettiva in caso di audit clinico o contenzioso medico-legale.

Questa procedura si inserisce nel più ampio Sistema Aziendale di Gestione del Rischio Clinico e risponde agli obiettivi di qualità e sicurezza stabiliti dal Ministero della Salute, dalla Regione Campania (e le altre regioni d'Italia) e dall'OMS.

3.2. MODALITÀ OPERATIVE

3.2.1 Fase di Sign-in (prima di iniziare la procedura)

- Identificazione del paziente con almeno due identificatori (nome/cognome + data di nascita).
- Verifica consenso informato firmato e valido.
- Conferma della procedura programmata, del lato/sito chirurgico e della marcatura (se applicabile).
- Verifica allergie, farmaci, comorbilità rilevanti, eventuale digiuno, parametri vitali di base.
- Controllo strumenti, dispositivi, impianti, materiali sterili, farmaci e soluzioni antisettiche.
- Disponibilità attrezzature di emergenza (ossigeno, aspiratore, DAE).
- Somministrazione di profilassi antibiotica, se prevista da protocollo.

3.2.2 Fase di Time-out (immediatamente prima dell'inizio)

Con tutto il team presente, il chirurgo guida la conferma verbale di:

- identità del paziente, procedura e lato/sito;
- eventuali criticità cliniche o rischi particolari;
- conferma sterilità campo e draping;
- conferma disponibilità di tutto il materiale necessario e piani di gestione delle emergenze.

3.2.3 Fase di Sign-out (prima che il paziente lasci l'ambulatorio)

- Verifica conclusione procedura come pianificata.
- Conta strumenti e materiali (anche se minima invasività).
- Etichettatura corretta dei campioni biologici.
- Controllo emostasi, medicazione, stabilità del paziente.
- Registrazione dell'intervento e firma della checklist.
- Consegna istruzioni post-procedura scritte e pianificazione follow-up.
- Segnalazione di eventuali non conformità o deviazioni.

3.3. RESPONSABILITÀ

FUNZIONE / ATTIVITÀ	Medico Responsabile	Infermiere referente /strumentista	Medico anestesista (se presente)	OSS/personale di supporto	Paziente
Conferma identità	**R**	**C**			**I**
Procedura e lato	**R**				**I**
Guida la fase di *time-out* e *sign-out*	**R**	**C**			
Coordina la compilazione della check-list	**C**	**R**			
Verifica materiali e sterilità		**R**			
Registra eventuali deviazioni		**R**			
Conferma piano di sedazione	**I**		**R**		
Monitoraggio e idoneità del paziente			**R**		
Collabora con l'identificazione		**C**		**R**	**I**
Posizionamento e accompagnamento del paziente		**C**		**R**	

Legenda: R=Responsabile; C=Collaborante; I=Informato.

3.4 BIBLIOGRAFIA, FONTI E RIFERIMENTI

Manuale Ministero della Salute "Sicurezza in sala operatoria – Raccomandazioni e Checklist" (2009).
Raccomandazione Ministeriale n. 3: corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura (marzo 2008).
Sale operatorie sicure e Linee guida SSCL – Regione Emilia Romagna https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/sale-operatorie-sicure-sos-net
Schema di accordo tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano di approvazione delle linee-guida per le attività di day surgery – CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO (2002).
Percorso del paziente chirurgico – AOU Federico II di Napoli – https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.policlinico.unina.it/archivio_documenti/deldisp_ftp/2024/Allegati/265792.pdf
Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte (2023) - https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/strumenti-operativi/programmazione-governo-clinico-assistenziale
WHO Surgical Safety Checklist.
WHO 2016 – Prevenzione infezioni sito chirurgico.
CDC – Outpatient settings.

4 STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

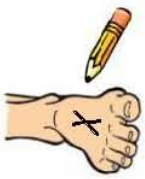
La presente procedura sarà allegata al software di gestione informatizzata del Rischio Clinico – www.talete.net – e poi inviata/trasmessa a tutti i soggetti interessati, con relativo questionario di apprendimento.

4.1 Segnalazione degli Eventi Sentinella ed eventi avversi

Come da precedenti comunicazioni, da Gennaio 2024 questa Azienda ha provveduto all'informatizzazione della gestione del Rischio Clinico ovvero alla segnalazione – tramite piattaforma telematica "Talete Web" – degli eventi sentinella ed eventi avversi in forma appunto telematica.

4.2. ALLEGATI
Allegato n. 1

Allegato 1: Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura

A. Periodo di preparazione all'intervento (giorni o ore precedenti l'intervento)	B. Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria	C. Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)
1° Fase: Consenso informato Deve includere: • Nome del paziente • Nome della procedura • Sito e lato dell'intervento 	**3° fase: Identificazione del paziente** Un componente dell'équipe deve chiedere al paziente: • Nome e cognome • Data di nascita • Motivazione dell'intervento • Sito e lato 	**4° Fase: "Time Out"** Prima dell'intervento deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare: • corretta identificazione del paziente • corretta procedura chirurgica • corretto posizionamento del paziente • corretta sede e lato **TIME OUT** *Il TIME OUT deve coinvolgere l'intera equipe operatoria.*
2° Fase: Marcare il sito operatorio Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'equipe che effettuerà l'intervento  *NON contrassegnare altre parti al di fuori del sito operatorio*	*CONTROLLARE che le risposte siano congruenti rispetto alla documentazione clinica, al consenso informato, al sito contrassegnato e ad eventuali sistemi di identificazione.*	**5° Fase: "Double Check"** Due componenti dell'equipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con • identità del paziente • sito chirurgico

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

Allegato 2 –

Allegato 2: Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura.

Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita / /

Tipo di intervento programmato: _____ Data intervento / /

Periodo	**Fase**	**Descrizione**	**Firma leggibile** di un componente équipe chirurgica
A. Preparazione all'intervento (giorni o ore precedenti l'intervento)	1° Fase Consenso informato	Deve includere il nome del paziente, il nome della procedura, il sito e il lato dell'intervento	FIRMA
	2° Fase Marcare il sito operatorio	Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'équipe che effettuerà l'intervento	FIRMA
B. Immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria	3° Fase Identificazione del paziente	Un componente dell'Équipe deve chiedere al paziente, nome e cognome, data di nascita, motivazione dell'intervento, sito e lato	FIRMA
C. Immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)	4° Fase "Time Out"	Prima dell'intervento deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura chirurgica, il corretto posizionamento del paziente, la corretta sede e lato	FIRMA
	5° Fase "Double Check"	Due componenti dell'équipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con l'identità del paziente e con il sito chirurgico	FIRMA

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