

Procedura per la corretta identificazione del paziente

Rev	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0		Responsabile UO Gestione del Rischio Clinico Dr. Valter De Nitto Dirigente Medico UO Gestione del Rischio Clinico Dr.ssa Anna Patrizia Barone	Direttore Sanitario P.O. di Brindisi Dr. Antonio Piro Direttore Sanitario P.O. di Francavilla F Dr. Antonio Montanile Direttore Sanitario P.O. di Ostuni Dr. Cataldo Saracino Direttore UOC Medicina Accettazione e Urgenza P.O. di Brindisi Dr. E. Greco Direttore UOC Medicina Accettazione e Urgenza P.O. di Francavilla F Dr. Giuseppe Marinotti Direttore UOC Medicina Accettazione e Urgenza P.O. di Ostuni Dr. Pasquale Di Bari Direttore U.O. UTIN P.O. di Brindisi Dr. Enrico Rosati Direttore UOC Pediatria P.O. di Francavilla F Dr. Biagio De Mitri Direttore Sanitaservice Dr. F.M. Roseto	Direttore Sanitario Aziendale Dr Angelo Greco

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

INDICE

PREMESSA	3
1. OBIETTIVI	4
2. ACRONIMI	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. RESPONSABILITÀ	5
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DI TUTTI GLI UTENTI.....	8
5.1 Modalità di identificazione del paziente	8
5.1.1. Braccialetto identificativo	8
5.2 Quando deve essere identificato il paziente	10
5.3 Identificazione del paziente nei diversi setting	11
5.3.1 Ambulatorio	11
5.3.2 Centro Prelievi.....	11
5.3.3 Radiologia	11
5.3.4 Pronto Soccorso	11
5.3.5 U.O. di degenza	12
5.4 Identificazione della partoriente e del neonato	13
5.5 Identificazione del paziente nel caso di somministrazioni e/o prestazioni diagnostico-terapeutiche	13
5.5.1 Somministrazione di farmaci.....	14
5.5.2 Somministrazione di sangue ed emocomponenti.....	14
5.5.3 Esecuzione di prestazioni diagnostico-terapeutiche	14
5.5.4 Esecuzione di intervento chirurgico	15
6. RACCOMANDAZIONI AGLI OPERATORI: COSA BISOGNA EVITARE.....	15
7. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/AVVERSI/NEAR MISS.....	15
8. REVISIONI.....	16
9. MONITORAGGIO	16
10. BIBLIOGRAFIA.....	16

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: Dott. Valter De Nitto

Dirigenti Medici: Dott.ssa Anna Patrizia Barone

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: Dott.ssa Stefania Montanaro

E-mail: riskmanagement@asl.brindisi.it

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

PREMESSA

La corretta identificazione del paziente da parte degli operatori sanitari è un elemento fondamentale per garantire una cura sicura e appropriata. La JCI considera l’elaborazione di un metodo per migliorare l’accuratezza dell’identificazione del paziente uno degli obiettivi internazionali di sicurezza (Obiettivo n. 1: Identificare correttamente i pazienti). L’intento di questo obiettivo è duplice: in primo luogo, identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento; in secondo luogo, verificare la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente.

Errori umani per possibili scambi accidentali di persona da parte degli operatori sanitari possono aver luogo in qualsiasi momento diagnostico o terapeutico nell’ambito delle diverse fasi del processo di cura come, ad esempio:

- al momento della prescrizione di farmaci e della somministrazione della terapia farmacologica;
- prima dell’esecuzione di qualsiasi procedura diagnostico-terapeutica;
- prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici;
- prima dell’effettuazione di trasfusioni di sangue ed emoderivati.

È necessario tener presente che i pazienti possono essere non collaboranti, sedati, o comunque presentare alterazioni dello stato di coscienza e della vigilanza; possono avere disturbi di comprensione linguistica o disabilità sensoriali.

Errori umani per scambi accidentali di persona possono accadere in qualsiasi contesto: dal Pronto soccorso alla sala operatoria, dalla degenza al day hospital al day service, dalle attività ospedaliere a quelle territoriali di tipo ambulatoriale.

Poiché dunque i *setting* assistenziali sono diversi, è necessario anche prevedere specifiche modalità di corretta ed univoca identificazione del paziente, che gli operatori adotteranno a seconda del contesto in cui si trovano ad operare.

Così, mentre un bracciale apposto al paziente fin dal primo momento del ricovero, con dati identificativi univoci ed eventuale *barcode* potrà di molto aiutare a contenere e ridurre possibili errori umani degli operatori in tutte le fasi clinico-assistenziali, risulta impensabile avvalersi dell’uso del bracciale ID per l’utenza ambulatoriale.

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

1. OBIETTIVI

Obiettivo di questa procedura è definire e descrivere i ruoli, le responsabilità e le modalità operative per una corretta ed accurata identificazione del paziente, al fine di evitare che si verifichino errori legati alla sua identificazione in qualsiasi momento del suo percorso assistenziale.

2. ACRONIMI

ID: Identificativo

JCI : Joint Commission International

OBI: Osservazione Breve Intensiva

OSS: Operatore Socio-Sanitario

U.O.: Unità Operativa

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive le modalità di corretta identificazione del paziente nelle due fattispecie:

- 1) utente/paziente identificabile mediante accertamento verbale e/o documentale delle generalità personali;
- 2) utente/paziente identificabile mediante accertamento verbale ed apposito bracciale ID individuale riportante dati personali, numero di identificazione univoco e/o bare-code.

La procedura è rivolta a tutto il personale sanitario e di supporto (medici, infermieri, OSS, etc) di tutte le UU.OO. ed i servizi dell'ASL BR che, in occasione delle attività di:

- prescrizione e somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati;
 - prelievo di sangue o di altri campioni biologici;
 - acquisizione di consenso informato;
 - esecuzione di prestazioni o procedure diagnostico-terapeutiche
- sono tenuti ad identificare il paziente.

Le strutture operative che a vario titolo sono coinvolte nel processo di identificazione del paziente sono:

- Centro prelievi;
- Radiologia;
- Ambulatori polispecialistici;

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

- Pronto Soccorso;
- Reparti di degenza;
- Blocco Operatorio.

4. RESPONSABILITÀ

- ✓ Il **Direttore Sanitario Aziendale** è responsabile dell’approvazione della procedura.
- ✓ Il **Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero** è responsabile:
 - della diffusione della procedura e della verifica della corretta applicazione della stessa.
- ✓ Il **Direttore dell'U.O.** è responsabile:
 - della diffusione della procedura a tutto il personale operante nella propria U.O. (medici, infermieri, OSS, tecnici, etc), ivi compresi i neo-assunti, e della vigilanza sull’applicazione della stessa.
- ✓ Il **Medico dell'U.O.** è responsabile:
 - della costante applicazione della procedura;
 - della segnalazione di eventuali eventi *near miss*, eventi avversi o eventi sentinella connessi alla non corretta identificazione del paziente.
- ✓ Il **Coordinatore Infermieristico dell'U.O.** è responsabile:
 - della costante applicazione della procedura e della vigilanza sull’applicazione della stessa;
 - della segnalazione di eventuali *near miss*, eventi avversi o eventi sentinella connessi alla non corretta identificazione del paziente.
- ✓ L'**Infermiere** è responsabile:
 - della costante applicazione della procedura;
 - della segnalazione di eventuali *near miss*, eventi avversi o eventi sentinella connessi alla non corretta identificazione del paziente.

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

- ✓ **L'Operatore Socio-Sanitario** è responsabile della costante applicazione della procedura.
- ✓ **Il Direttore della Sanitaservice** è responsabile della diffusione della procedura a tutto il personale di supporto di competenza di Sanitaservice.
- ✓ **L'U.O. Gestione del Rischio Clinico** è responsabile:
 - dell'elaborazione/aggiornamento della procedura;
 - dell'inserimento negli specifici database, delle informazioni relative a near miss e eventi avversi;
 - degli adempimenti previsti dal Flusso SIMES.

Tutti gli operatori che, per ragioni della loro funzione di natura professionale o tecnico-operativa sono tenuti ad identificare correttamente ogni utente/paziente ai fini della sicurezza di tutte le prestazioni diagnostico-terapeutiche, hanno la responsabilità di adottare sistematicamente la presente procedura, a sostegno dei propri comportamenti operativi.

Tale responsabilità comprende anche l'accertamento della corrispondenza tra l'identificativo del paziente e la documentazione sanitaria (dalla cartella clinica alla singola richiesta di prestazione diagnostica).

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

Si riporta di seguito la matrice delle attività/responsabilità di tutti coloro che sono coinvolti nella promozione, diffusione e applicazione della procedura.

ATTIVITÀ	Direzione Sanitaria Strategica (U.O. Gestione Rischio Clinico)	Direttore Sanitario di Presidio	Direttore U.O.	Dirigente medico	Coordinat. Infermier.	Infermiere	OSS	Direttore Sanita-service
Progettazione, promozione e diffusione procedura a DS	R							
Diffusione procedura		R	R	C	C	I		R
Applicazione procedura			R	R	R	R	R	
Vigilanza su applicazione procedura			R	C	R	I		
Monitoraggio applicazione procedura		R						
Segnalazione eventi avversi/near miss/eventi sentinella			R	R	R	R		
Monitoraggio eventi avversi/near miss/eventi sentinella	R	I						

R: Responsabile; C: Collabora

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DI TUTTI GLI UTENTI

5.1 Modalità di identificazione del paziente

Nome, cognome e data di nascita rappresentano il requisito minimo per una identificazione corretta del paziente.

NON identificare mai il paziente ed ogni elemento del processo assistenziale che lo riguarda solo con il cognome e nome e/o il numero di stanza o di letto.

Sono previsti due livelli di identificazione del paziente:

- Identificazione verbale (tutti i pazienti);
- Identificazione verbale e mediante braccialetto (qualora disponibile), nel caso di pazienti in Pronto Soccorso o ricoverati.

Tutti i pazienti devono essere identificati attivamente, **chiedendo** cioè **di pronunciare il nome, il cognome e la data di nascita**.

La modalità corretta è, per esempio: “Mi può cortesemente dire il suo nome e cognome e la sua data di nascita?”

La domanda dell’operatore NON deve suggerire la risposta (es. “Lei è il Signor ..., nato il ...?”).

Nel caso di paziente non collaborante o in coma, l’identificazione si baserà sui dati anagrafici riportati nei documenti di riconoscimento ovvero forniti dagli accompagnatori. Se il paziente è dotato di braccialetto ID, l’identificazione sarà effettuata confrontando i dati anagrafici con quelli presenti sul braccialetto.

5.1.1. Braccialetto identificativo

Qualora l’attività di identificazione del paziente si possa avvalere anche dell’uso di un braccialetto identificativo, i dati anagrafici (nome, cognome e data di nascita) verranno trascritti sul braccialetto con pennarello indelebile e scrittura a stampatello ovvero sullo stesso sarà direttamente stampata un’etichetta contenente i dati identificativi del paziente (nome, cognome,

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

data di nascita, genere, numero di identificazione univoco, etc) ed eventuale codice a barre (per la lettura ottica).

Chi scrive i dati nel braccialetto lo appone al paziente, chiedendogli di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati riferiti dal paziente siano coerenti con quanto trascritto nel braccialetto. Nel caso di etichetta stampata, prima di apporre il braccialetto al paziente, l'operatore ne verificherà l'identità chiedendogli di pronunciare nome, cognome e data di nascita.

Di norma il braccialetto deve essere apposto al polso, con il verso della scrittura in direzione della mano in modo da facilitare la rapida lettura.

Il braccialetto sarà applicato in ordine di preferenza a:

- braccio sinistro,
- braccio destro,
- caviglia sinistra,
- caviglia destra.

In ogni caso, il personale sanitario deve prestare attenzione che il sito di applicazione non intralci eventuali manovre assistenziali e che non corrisponda al sito da operare. In quest'ultimo caso, concordare con il chirurgo o l'anestesista la posizione più idonea.

In caso di emergenza, come ad esempio in Pronto Soccorso, poiché l'assistenza clinica è prioritaria rispetto al posizionamento del braccialetto identificativo, l'operatore sanitario dovrà prendere le misure appropriate per identificare il paziente, confrontando le informazioni fornite dallo stesso o dagli accompagnatori con quelle del documento di identità/tessera sanitaria e/o il numero della pratica di Pronto Soccorso. Una volta superata la fase di emergenza e, in caso di permanenza del paziente in OBI o di ricovero ospedaliero, il braccialetto identificativo sarà posizionato all'arto del paziente.

Il braccialetto deve essere sempre indossato dal paziente durante l'intero periodo di permanenza presso la struttura e rimosso al momento della dimissione dal PS o dalla U.O. di degenza che comporti il ritorno al domicilio. Nel caso di trasferimento o decesso, il braccialetto non deve essere rimosso.

È doveroso sostituire il braccialetto ID nei seguenti casi:

1. danneggiamento
2. smarrimento

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

3. rimozione “forzata” da esigenze cliniche

4. variazione dati paziente su etichetta/bare-code.

È responsabilità dell’operatore sanitario che prende in carico il paziente e che rimuove un braccialetto identificativo assicurarne la sostituzione, a seguito della conferma verbale dell’identità del paziente.

In caso di rifiuto da parte dell’utente di indossare il braccialetto, questa informazione e le ragioni per cui il paziente non lo indossa devono essere chiaramente riportate nella documentazione sanitaria.

Il paziente sconosciuto sarà identificato con un codice alfanumerico che verrà riportato in tutta la documentazione sanitaria fino all’accertamento della sua identità.

5.2 Quando deve essere identificato il paziente

Il paziente deve essere attivamente identificato prima di:

1. somministrare la terapia;
2. eseguire un prelievo ematico;
3. eseguire una procedura diagnostica;
5. effettuare una trasfusione;
6. eseguire una procedura/intervento chirurgico;
7. un trasferimento.

L’identificazione deve essere eseguita dallo stesso operatore immediatamente prima di svolgere le procedure e i trattamenti sopra citati.

Il controllo di identità deve essere sempre messo in atto, anche quando il paziente è conosciuto dall’operatore che esegue la prestazione.

Si sottolinea che nome, cognome e data di nascita devono essere sempre presenti nella documentazione sanitaria (diario medico ed infermieristico, consenso informato, verbale operatorio, consulenze, richieste indagini di laboratorio o di esami diagnostici, foglio unico di terapia, etc).

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

5.3 Identificazione del paziente nei diversi setting

5.3.1 Ambulatorio

All'arrivo in ambulatorio, l'infermiere o il medico effettua un controllo sulla corretta identità del paziente. In dettaglio, verifica i dati riportati sull'etichetta di accettazione e chiede espressamente all'utente, con domanda aperta, l'identità: nome, cognome e data di nascita.

5.3.2 Centro Prelievi

Prima di effettuare il prelievo, l'operatore sanitario verifica le informazioni contenute nelle etichette apposte sulle varie provette e richiede espressamente all'utente, con domanda aperta, l'identità: nome, cognome e data di nascita.

5.3.3 Radiologia

Nel caso di paziente esterno che effettua prestazioni ambulatoriali, si rinvia a quanto descritto al par. 5.3.

Per pazienti interni (ricoverati), anche in questo caso si dovrà procedere a preliminare verifica verbale dell'identità del paziente (punto A), eventuale successiva verifica tramite braccialetto (punto B), ed infine confronto tra i punti sopra riportati e la documentazione relativa alla prestazione in atto (punto C).

- A. verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la data di nascita;
- B. verifica tramite braccialetto: l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul braccialetto;
- C. l'operatore verifica che la documentazione relativa alla prestazione in atto è riferibile al paziente identificato.

5.3.4 Pronto Soccorso

L'infermiere identifica, se possibile, il paziente al momento dell'accettazione confrontando le informazioni contenute nel documento identificativo (carta di identità, passaporto, etc) e nella tessera sanitaria con quelle fornite verbalmente dallo stesso (nome, cognome e data di nascita). Si

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

ribadisce che la domanda delle generalità da parte dell'operatore non deve suggerire la risposta dell'utente.

Successivamente, qualora disponibile, genera/confeziona il braccialetto identificativo e lo applica al paziente dopo aver accertato la corrispondenza tra le informazioni contenute in esso e l'identità del destinatario. Il braccialetto deve essere applicato a tutti i soggetti accolti in PS e rimosso al termine dell'accesso.

Provvede, inoltre, a spiegare al paziente le finalità di sicurezza del bracciale ID ai fini della non rimozione volontaria dello stesso.

Nel caso di paziente non collaborante o in coma, l'identificazione si baserà sui dati anagrafici riportati nei documenti di riconoscimento ovvero forniti dagli eventuali accompagnatori. Qualora il paziente non disponga di un documento di riconoscimento, l'identificazione dovrà essere verificata non appena possibile con l'acquisizione di copia del documento di identità e della tessera sanitaria. In assenza di documenti di riconoscimento e/o accompagnatori, gli operatori dovranno contattare le Forze dell'Ordine.

Il paziente in PS, sottoposto ad un'iniziale valutazione di priorità e ad eventuali successive rivalutazioni, deve essere identificato ogni volta in modo attendibile.

Nei casi in cui alla prestazione di Pronto Soccorso segua ricovero in reparto di degenza, l'operatore di PS provvederà, se disponibile la tecnologia, a generare un nuovo braccialetto il cui identificativo univoco sia correlato all'episodio di ricovero e a sostituire il braccialetto precedente correlato alla prestazione di PS.

Il PS provvederà a generare il braccialetto identificativo anche nel caso di accesso per un Day Hospital o un Day Service.

5.3.5 U.O. di degenza

Il paziente, proveniente dal Pronto Soccorso, una volta giunto in reparto, deve essere identificato con il metodo indicato al paragrafo 5.1. Inoltre, nel caso di esistenza di braccialetto identificativo, i dati presenti su questo devono essere confrontati con la dichiarazione verbale del paziente e con quelli contenuti nella cartella clinica.

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

5.4 Identificazione della partoriente e del neonato

Nel caso di partoriente, all'identificazione verbale in Pronto Soccorso potrà seguire (se tecnologia disponibile) l'applicazione di braccialetto ID di Pronto Soccorso.

Al momento dell'evento nascita, immediatamente dopo il parto e comunque all'interno della sala parto, prima che il neonato stesso lasci l'isola neonatale, si provvederà alla sostituzione del bracciale (qualora presente) e all'applicazione del bracciale doppio madre-neonato. In questo caso sono utilizzabili due tipologie di braccialetti: Rosa, per le partorienti con nato femmina e per la relativa figlia, Azzurro, per le partorienti con nato maschio e per il relativo figlio. Su entrambi i braccialetti andranno apposti con pennarello indelebile ovvero stampati i seguenti dati: cognome e nome della madre; data di nascita e peso del neonato; codice identificativo univoco (numero progressivo del parto: da 1 a 400 per ciascun sesso del neonato e, possibilmente, codice univoco correlato al ricovero della madre). Se disponibile, sarà applicata su entrambi i bracciali un'etichetta bar-code per l'eventuale lettura ottica. Sarà quindi controllata la corrispondenza/uguaglianza “a coppie” di tutti questi identificativi su entrambi i bracciali “mamma-neonato” e, se cosciente, si chiederà alla puerpera conferma dei dati.

Nel caso di parto gemellare, ogni singolo neonato sarà dotato di un braccialetto con numero progressivo corrispondente alla cronologia della nascita, in ordine di genitura; mentre alla mamma verrà applicato il corrispondente bracciale applicato ad ogni neonato.

A garanzia di massima sicurezza, il personale sanitario dovrà sempre verificare, prima del trasferimento del neonato al nido/neonatalogia, che lo stesso abbia il bracciale ID.

Tutti i predetti dati identificativi dovranno essere riportati sul registro nascita/parti nonché sulle cartelle cliniche di mamma e neonato e sulla culla di quest'ultimo.

5.5 Identificazione del paziente nel caso di somministrazioni e/o prestazioni diagnostico-terapeutiche

Prima di effettuare qualsiasi somministrazione o prestazione diagnostico-terapeutica è necessario verificare verbalmente (chiedendo espressamente nome, cognome e data di nascita) e, qualora sia disponibile la tecnologia, mediante bracciale ID, la corrispondenza tra il trattamento/servizio da erogare e sua documentazione sanitaria e il destinatario dello stesso.

Tale corrispondenza di dati, nel caso di bracciale ID, può essere verificata:

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

- di norma direttamente mediante “lettura a vista” da parte dell’operatore che confronta utente e prestazione da erogare con almeno i seguenti dati riportati sull’etichetta: cognome, nome e data di nascita;
- mediante “impiego di strumenti elettronici” per la lettura ottica di bare-code univoco ID paziente, laddove se ne sia già introdotto l’uso in specifici percorsi sanitari (es. nel caso di emotrasfusioni).

5.5.1 Somministrazione di farmaci

L’operatore identifica il paziente al letto attraverso la verifica verbale e/o la verifica della corrispondenza dei dati tramite il braccialetto, controlla che i dati anagrafici siano coerenti con quelli contenuti nel foglio unico di terapia, dopo di che provvede alla somministrazione dei farmaci.

Nel caso di paziente non collaborante o in coma, l’identificazione si baserà sul confronto tra i dati riportati nella documentazione clinica e il bracciale ID, qualora disponibile.

5.5.2 Somministrazione di sangue ed emocomponenti

L’identificazione del paziente va formalmente condotta da un medico e da un infermiere responsabili della somministrazione. L’accertamento dell’identità del paziente dovrà seguire le procedure previste dal sistema TETRA.

5.5.3 Esecuzione di prestazioni diagnostico-terapeutiche

L’operatore identifica il paziente al letto attraverso la verifica verbale e/o la verifica della corrispondenza dei dati tramite il braccialetto, dopo di che controlla che la documentazione relativa alla prestazione da eseguire (registrazione in cartella clinica, richiesta di prestazione diagnostica, etc) si riferisca al paziente identificato.

Nel caso di prelievo ematico e/o di materiale biologico, prima di ogni manovra, l’operatore predispone le provette necessarie, il materiale occorrente per eseguire il prelievo e le etichette identificative, quindi procede nel seguente modo:

- a) si accerta al letto del paziente dell’identità dello stesso con le modalità precedentemente indicate, verificando contestualmente i dati anagrafici con quelli presenti sulle etichette;

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

b) appone le etichette sulle provette ed esegue il prelievo.

5.5.4 Esecuzione di intervento chirurgico

Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco o prestazione in grado di influenzare le sue funzioni cognitive, l'operatore che lo accoglie in sala operatoria gli chiede di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici siano coerenti con quelli contenuti nella cartella clinica e nel programma operatorio e, se presente, con quelli riportati sul braccialetto.

Nel caso di paziente non collaborante o in coma, l'identificazione si baserà sul confronto tra i dati riportati nella documentazione clinica e il bracciale ID, qualora disponibile.

L'avvenuta identificazione del paziente viene registrata nella safety check list perioperatoria.

6. RACCOMANDAZIONI AGLI OPERATORI: COSA BISOGNA EVITARE

- Leggere ai pazienti i dati anagrafici e farli confermare passivamente.
- Pendere campioni biologici da un paziente senza controllare i dati dello stesso.
- Etichettare un contenitore prima di prelevare il campione.
- Eseguire due compiti al tempo stesso, ad esempio prelevando campioni da diversi pazienti ed etichettandoli di seguito o compilare moduli di richiesta per più pazienti alla volta.

7. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/AVVERSI/NEAR MISS

Costituiscono “eventi sentinella” tutte le seguenti situazioni che possono avere, tra le possibili cause, una errata identificazione del paziente:

- Procedura in paziente sbagliato;
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0;
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage.

L'evento sentinella deve essere tempestivamente segnalato alla U.O. Gestione del Rischio Clinico, utilizzando la scheda prevista dal flusso ministeriale (scheda A), la quale verrà trasmessa al SIMES entro 5 giorni. L'evento sarà quindi oggetto di audit; i risultati dell'analisi e le azioni

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: Dott. Valter De Nitto

Dirigenti Medici: Dott.ssa Anna Patrizia Barone

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: Dott.ssa Stefania Montanaro

E-mail: riskmanagement@asl.brindisi.it

Tel/fax: 0831/536659

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

emerse saranno inseriti nella scheda B e saranno trasmessi al SIMES entro 45 giorni dalla segnalazione.

Inoltre, tutti gli operatori dovranno segnalare, alla Direzione Sanitaria di Presidio e alla U.O. Gestione del Rischio Clinico, mediante la scheda di *incident reporting*, eventuali *near miss* ed eventi avversi connessi alla non corretta identificazione del paziente.

8. REVISIONI

La presente procedura sarà oggetto di revisione e aggiornamento periodici, sulla base di elementi di carattere applicativo-procedurale locale, nonché di input di carattere generale.

9. MONITORAGGIO

Il monitoraggio dell'applicazione della procedura dovrà essere effettuato da parte del Direttore Sanitario di presidio attraverso la segnalazione degli eventi avversi e/o degli eventi sentinella connessi alla non corretta identificazione del paziente.

10. BIBLIOGRAFIA

- A.O. “G. Salvini” – Garbagnate Milanese. Protocollo “Identificare correttamente il paziente-utente”, settembre 2012.
- Azienda Ospedaliero - Universitaria “Policlinico - Vittorio Emanuele” – Catania. Procedura Generale Area Sanitaria - Modalità di identificazione del paziente, maggio 2013.
- ASL Lecce. Protocollo per la corretta identificazione del paziente, aprile 2015.
- Ministero della Salute. Raccomandazione n. 3 “La corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”, luglio 2006.
- Ministero della Salute. Raccomandazione n. 5 “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0”, marzo 2007.
- Ministero della Salute. Raccomandazione n. 7 “Prevenzione della morte, coma o grave danno da errori derivati da errori in terapia farmacologica”, settembre 2010.

	PROCEDURA ASL BR “Procedura per la corretta identificazione del paziente”	U.O. Gestione del Rischio Clinico	Rev. 0
---	--	--	--------

- Ministero della Salute. Raccomandazione Ministeriale n. 15 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso”, febbraio 2013.
- Joint Commission International. Manuale “Standard Joint Commission International per l’Accreditamento degli Ospedali”, Anno 2014 (V edizione).

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Dott. Antonio Carusi

Dott. Giuseppe Lecce

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659