

**PROTOCOLLO PER LA CORRETTA
IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**

REVISIONE	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00	11/09/14	Responsabile Gestione Rischio Clinico: Dott. A. Tortorella U.O. Gestione Rischio Clinico: Infermiera Forense P. Spedicato	Direttore Medico P.O “V. Fazzi” Dott. G. Frassanito Responsabile Gestione Rischio Clinico: Dott. A. Tortorella	Direttore Sanitario Dott. O. Narracci
01	Maggio 2021	<i>U.O. Rischio Clinico</i> Responsabile: Dott. C.S. Leo Dott.ssa A. P. Barone Dott.ssa F. Donno Infermiera Forense P. Spedicato	DEC responsabile Procedura acquisto braccialetti Dott. O. Maiorano	Direttore Sanitario Dott. R. Carlà

INDICE

<i>1. INTRODUZIONE</i>	<i>3</i>
<i>2. DESTINATARI.....</i>	<i>4</i>
Campo di applicazione	4
Ambiti di applicazione	4
<i>3. OBIETTIVI.....</i>	<i>4</i>
<i>4. VANTAGGI.....</i>	<i>5</i>
<i>5. STRATEGIE.....</i>	<i>5</i>
<i>6. ISTRUZIONI OPERATIVE.....</i>	<i>6</i>
6.1 FASE A: Accertamento dell'identità della persona assistita al momento dell'accettazione al P.S. o c/o i reparti di degenza e registrazione del paziente sul sistema EDOTTO.....	6
6.2 FASE B: Applicazione e gestione del braccialetto di identificazione.....	8
6.3 FASE C: Corretta identificazione ai fini dell'esecuzione della prestazione sanitaria.....	18
<i>7. RESPONSABILITÀ.....</i>	<i>20</i>
<i>8. ACCESSIBILITÀ E RISERVATEZZA</i>	<i>21</i>
<i>9. REVISIONI</i>	<i>21</i>
<i>SCHEMA RAPPRESENTATIVO PERCORSO PAZIENTE</i>	<i>22</i>
<i>10. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI</i>	<i>24</i>

Legenda delle abbreviazioni

Bracciale	Solo supporto fisico, sprovvisto di etichetta
Bracciale ID	Bracciale + etichetta adesiva identificativa del singolo paziente
D.H.	Day Hospital
D.S.	Day Surgery
J.C.I.	Joint Commission International
P.O.	Presidio Ospedaliero
RFID	Radio Frequency Identification
R.M.	Raccomandazione Ministeriale
U.O.	Unità Operativa

1. INTRODUZIONE

Il presente protocollo è stato elaborato in ottemperanza a quanto disposto dal Ministero della Salute relativamente alla R.M. n.3 “Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura”.

La corretta identificazione del paziente costituisce uno dei principali obiettivi nell’ambito del Governo Clinico per la prevenzione degli eventi sentinella. Rientra tra gli standard della J.C.I. nell’area della sicurezza del paziente (obiettivo n.1), rappresentando l’elemento-chiave di gestione organizzativa, clinica ed assistenziale in relazione alla riduzione del rischio di procedure in paziente sbagliato.

Sono eventi sentinella tutte le situazioni esemplificate di seguito, generate da errata identificazione del paziente:

- Procedura in paziente sbagliato (R. M. n. 3);
- Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) (R.M. n. 3);
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 (R.M. n. 5);
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (R.M. n. 7).”

Errori di identificazione del paziente possono verificarsi in tutte le fasi del percorso assistenziale, sia in pazienti privi di coscienza, disorientati o sedati, ma anche in soggetti perfettamente vigili.

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 4 di 25	

2. DESTINATARI

Tutto il personale sanitario e di supporto della ASL Lecce coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni individuali al paziente si deve attenere alle indicazioni del presente protocollo.

Campo di applicazione

Il Protocollo di identificazione si applica in tutte le Strutture Operative ospedaliere e del Territorio relativamente all'identificazione del paziente nei seguenti casi:

- al momento dell'accettazione e/o della compilazione della cartella clinica;
- prima dell'acquisizione del consenso informato;
- prima della somministrazione di farmaci;
- prima della somministrazione di sangue ed emocomponenti;
- prima dell'esecuzione di prelievi di sangue (anche per la determinazione del gruppo sanguigno e test pre-trasfusionali) o di altri campioni biologici;
- prima di procedure chirurgiche;
- prima di qualsiasi procedura diagnostico-terapeutica ed assistenziale.

Ambiti di applicazione

Il protocollo è destinato **a tutti i degenti adulti e pediatrici**, indipendentemente dalla tipologia di ricovero e/o dalla ragione clinica del medesimo, **ivi comprese le forme di prestazione sanitaria erogate in P.S. ovvero in regime di DS, DH, Day Service.**

Non si applica alle prestazioni svolte in regime ambulatoriale eccetto che per interventi chirurgici.

3. OBIETTIVI

Nell'ambito della Gestione del Rischio e della Sicurezza dei pazienti e delle cure, l'Azienda Sanitaria Locale Lecce pone quale obiettivo generale quello di ridurre i casi di non corretta identificazione del paziente, in quanto l'identificazione è considerata prioritaria per la sicurezza del paziente.

Il presente protocollo ha lo scopo di descrivere le modalità operative relative:

1. alla corretta identificazione della "persona assistita" prima di sottoporla a procedure assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
2. alla corretta gestione del braccialetto identificativo.

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 5 di 25	

Più nel dettaglio, obiettivi specifici sono:

- identificare un individuo in modo univoco, in quanto persona destinataria di una prestazione o di un trattamento;
- verificare la corrispondenza tra la prestazione e/o il trattamento pianificato e il paziente;
- coinvolgere il paziente nel percorso di identificazione, rendendolo consapevole dei possibili rischi e migliorando, in tal modo, la comunicazione con gli operatori;
- introdurre l'uso del "Braccialetto Identificativo" ritenuto ad oggi l'ausilio più efficace nella prevenzione di errori di identificazione.

4. VANTAGGI

I vantaggi ed i benefici derivanti dalla applicazione del presente protocollo perfettamente in linea con i principi cardine della Legge 8 Marzo 2017 n. 24, possono essere così riassunti:

- Automatizzazione del processo di identificazione del paziente controllando il rischio di omominia;
- Sicurezza nelle trasfusioni;
- Sicurezza nella somministrazione del farmaco;
- Sicurezza nei processi diagnostico-strumentali e di laboratorio;
- Sicurezza nel percorso chirurgico.

5. STRATEGIE

Poiché gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi di diagnosi e di trattamenti medici e chirurgici, **è indispensabile attenersi al protocollo in tutti i contesti in cui si effettuano azioni che presuppongano la corretta identificazione del paziente.**

I pazienti possono essere sedati, disorientati, non vigili; possono avere difficoltà linguistiche o disabilità sensoriali; possono cambiare letto, stanza, Unità Operativa, oppure trovarsi in altre situazioni che possono aumentare il rischio di errore di identificazione.

Le linee guida internazionali prevedono differenti modalità di identificazione del paziente, la verifica di nome e cognome e la data di nascita, l'attribuzione di un numero di identificazione univoco, o altri identificativi elettronici (Barcode, RFID).

La corretta acquisizione e gestione dei dati anagrafici è passaggio fondamentale e preliminare ad ogni procedura assistenziale e, in quanto tale, impone di verificare la corrispondenza dei dati anagrafici

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 6 di 25	

con quelli che si evincono dal documento d'identità, nonché con quelli contenuti nella tessera sanitaria.

N.B. La tessera sanitaria non è documento di riconoscimento in quanto attesta esclusivamente l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

6. ISTRUZIONI OPERATIVE

Le modalità operative prevedono le seguenti fasi:

- A. Accertamento dell'identità della persona assistita al momento dell'accettazione al P.S. o c/o i reparti di degenza e registrazione del paziente sul sistema EDOTTO (cfr. Paragrafo 6.1);
- B. Applicazione e gestione del Braccialetto di Identificazione (cfr. Paragrafo 6.2);
- C. Corretta identificazione ai fini dell'esecuzione della prestazione sanitaria (cfr. Paragrafo 6.3).

Si specifica che le fasi A e C devono sempre essere applicate anche in quelle strutture in cui non è stato ancora implementato il braccialetto identificativo ovvero quando lo stesso non è utilizzato per esplicito dissenso espresso dal paziente.

6.1 FASE A: Accertamento dell'identità della persona assistita al momento dell'accettazione al P.S. o c/o i reparti di degenza e registrazione del paziente sul sistema EDOTTO

Al momento dell'accettazione per ricovero o per accesso al PS, l'operatore procede:

→ all'**accoglienza** del paziente, qualificandosi ed informandolo del protocollo da eseguire, anche a mezzo della consegna della brochure informativa.

→ all'**accertamento di identità attraverso** esibizione contestuale di **documento identificativo valido** e della **tessera sanitaria** (cfr. tabella sotto riportata "Documenti di identificazione utilizzabili"). Il personale registra i dati del paziente: cognome e nome, luogo e data di nascita e indirizzo; codice fiscale e tessera sanitaria.

→ all'**accertamento verbale attivo dell'identità** (nome e cognome del paziente, luogo e data di nascita), non suggerito, ma con domanda aperta. **Il paziente viene identificato per cognome, nome e data di nascita.** Evitare di chiedere al paziente la conferma del nome (NON CHIEDERE: "Lei è il sig. Alfredo Rossi?"; CHIEDERE: "Quale è il suo nome e cognome? Quale è la sua data di nascita?").

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 7 di 25	

L'operatore deve verificare che le risposte del paziente siano congruenti con il documento identificativo e la tessera sanitaria.

Qualora il paziente non sia in grado di comunicare e non disponga di un documento di riconoscimento, si deve accertare l'identità con le medesime modalità tramite un congiunto o un accompagnatore. Tale circostanza dovrà essere puntualmente annotata in cartella clinica e l'identificazione dovrà essere verificata non appena possibile con l'acquisizione di copia del documento di identità e della tessera sanitaria.

→ alla **registrazione del paziente sul portale "Edotto"** secondo ordinarie modalità.

Documenti di identificazione utilizzabili

Cittadini italiani e stranieri residenti

Carta d'identità: è il documento di riconoscimento più appropriato per procedere all'identificazione del paziente, tutti i cittadini italiani e gli stranieri regolarmente residenti sul territorio nazionale che ne sono in possesso.

In alternativa alla Carta d'identità possono essere validamente impiegati i seguenti documenti di riconoscimento perché equipollenti (DPR 28 dicembre 2000 n. 445):

- il passaporto;
- la patente di guida;
- la patente nautica;
- il libretto di pensione;
- il porto d'armi;
- le tessere di riconoscimento munite di fotografia e di timbro rilasciate da un'amministrazione dello Stato.

Cittadini dell'Unione Europea

Per i cittadini dell'Unione Europea è valida la Carta d'identità del Paese d'origine da cui si evince la residenza.

In aggiunta a tale documento, si deve possedere un attestato di diritto alle prestazioni sanitarie (TEAM, Tessera Europea Assicurazione Malattia) rilasciato dal Paese di provenienza.

Cittadini dell'area Schengen¹ e di paesi extracomunitari con accordi bilaterali con l'Italia

Per i cittadini dell'area Schengen, che hanno specifici accordi sulle frontiere con la Repubblica Italiana, è valida la Carta d'identità del Paese d'origine da cui si evince la residenza oppure il permesso di soggiorno. I cittadini extracomunitari devono possedere, inoltre un attestato di diritto alle prestazioni sanitarie (TEAM ITALIANA).

Cittadini di paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia

Per i cittadini di paesi extracomunitari che non hanno specifici accordi sulle frontiere con la Repubblica Italiana, è indispensabile il passaporto o il permesso di soggiorno in corso di validità. Se il cittadino è sprovvisto del permesso di soggiorno, le ASL o l'Azienda Ospedaliera, accertati i requisiti specifici, rilasciano il tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Qualora si ravvisi l'impossibilità ad accertare l'identità del paziente (paziente non in grado di intendere e volere ovvero in stato di incoscienza ed in assenza di parenti o caregiver che possano adiuvarlo nella identificazione ovvero paziente che chieda di conservare l'anonimato), si procederà alla sua registrazione come di seguito indicato:

1. selezionare nella finestra "OPZIONI" che appare nella schermata "accettazioni di ricovero" di Edotto la voce "anonimo";
2. digitare la data del giorno in corso al posto della data di nascita;
3. digitare il sesso;
4. memorizzare;
5. richiamare il paziente;
6. modificare l'anagrafica inserendo al posto del nome il numero di accettazione.

6.2 FASE B: Applicazione e gestione del braccialetto di identificazione

▪ Bracciale per la corretta identificazione del paziente: cosa è

¹ Lo spazio Schengen è quindi un territorio dove è garantita la libera circolazione delle persone comprendente:

Austria, Belgio, Rep. Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Italia, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Principato di Monaco, Vaticano, San Marino.

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 9 di 25	

Il braccialetto identificativo consiste in *una sottile striscia di materiale plastificato, morbido, liscio, non abrasivo*, che deve essere applicata al polso di ogni paziente che accede c/o i Servizi della ASL Lecce.

Il braccialetto identificativo è caratterizzato da:

- lunghezza regolabile (adattabile quindi al polso delle varie tipologie di pazienti cui è destinato);
- chiusura a pressione inviolabile (prevenzione di rimozione accidentale);
- vestibilità ergonomica (il comfort è uno dei fattori su cui agire per prevenire la rimozione del braccialetto);
- resistenza all'acqua e all'alcool e latex-free;
- schermo adesivo trasparente per protezione stampa;
- trattamento antimicrobico.

Su questo supporto si provvederà ad applicare l'etichetta adesiva contenente le seguenti informazioni:

- codice identificativo del P.O. accettante;
- data accettazione ricovero;
- cognome e nome del paziente;
- data di nascita;
- genere;
- numero nosologico di accesso P.S./ricovero;
- codice a barre.

Tali informazioni sono personali e possono essere lette “a vista dall'operatore” e/o da eventuali strumenti informatici aziendali mediante la lettura del codice a barre (lettura ottica del barcode).

- **Approvvigionamento di bracciale identificativo da parte delle U.O.**

Ogni U.O., per tramite del suo Coordinatore infermieristico, inoltrerà formale richiesta al magazzino di Presidio di braccialetti secondo stime basate su:

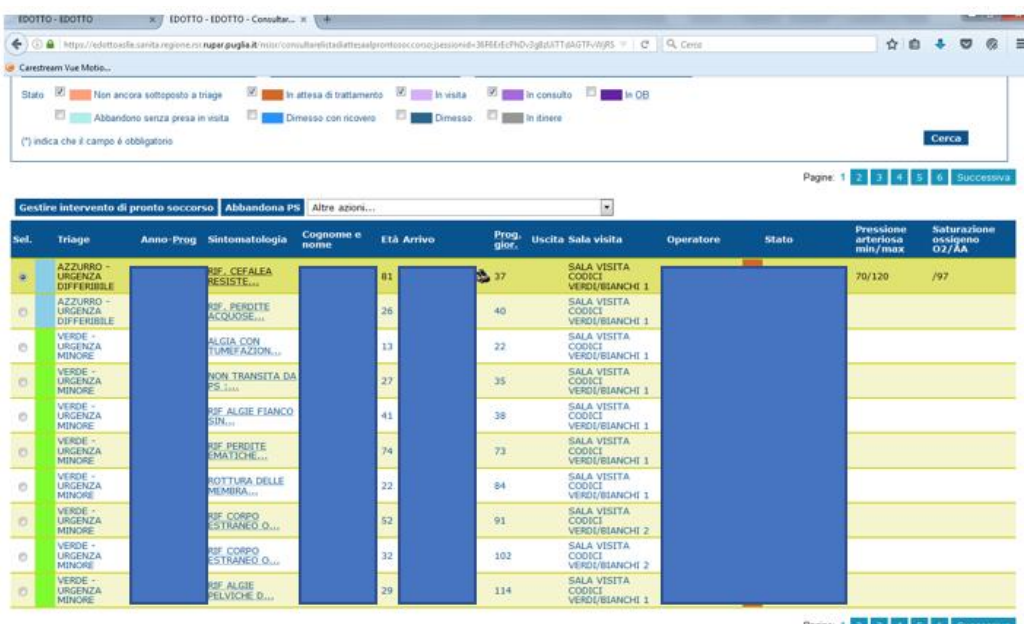
- numero di posti letto;
 - riserva da mettere “on hold” (in attesa) che si potrebbe stimare al 25% del numero effettivo di posti letto.
- **Utilizzo del bracciale identificativo**

Il bracciale ID paziente, una volta provveduto alla identificazione del paziente, come da indicazioni operative descritte al paragrafo 6.1, deve essere confezionato nel seguente modo:

➤ **Stampa dell'etichetta mediante stampante Zebra**

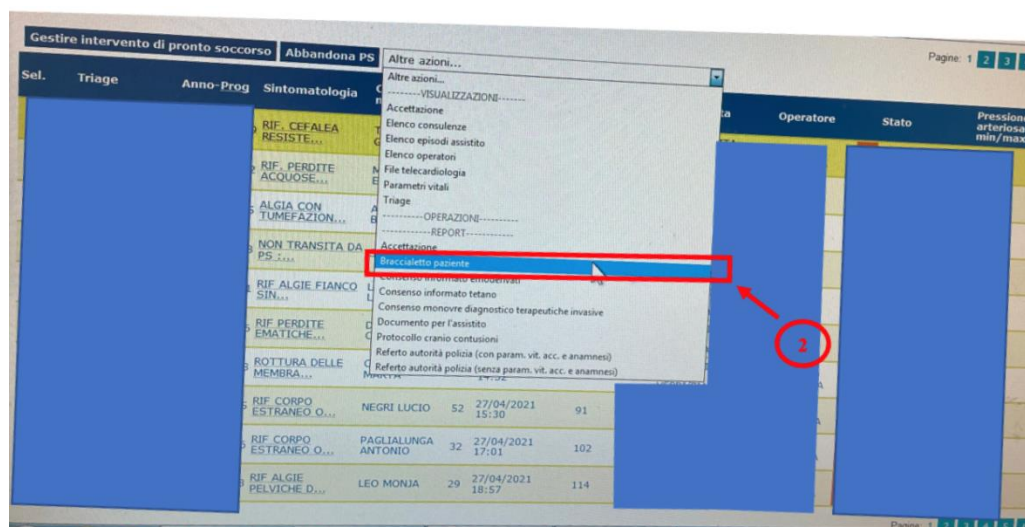
⇒ **se setting assistenziale di accesso: PRONTO SOCCORSO**

1. Accedere alla pagina principale di gestione intervento di P.S.



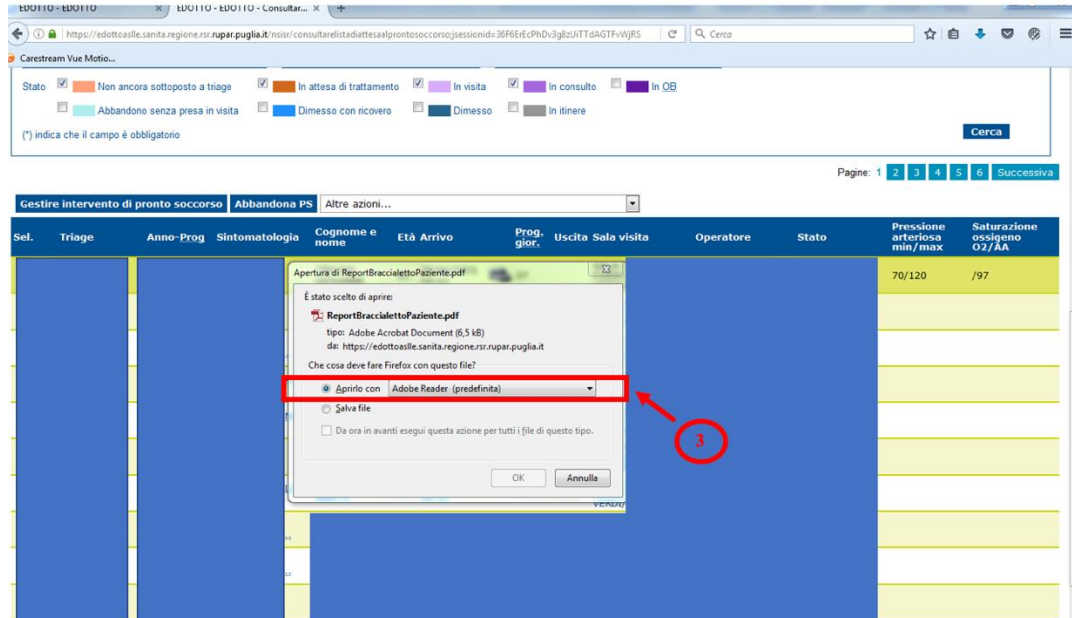
Sel.	Triage	Anno-Prog	Sintomatologia	Cognome e nome	Età	Arrivo	Prog. glori	Uscita Sala visita	Operatore	Stato	Pressione arteriosa min/max	Saturazione ossigeno O2/AA
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE		RIF. CEFALEA RESISTE...		81		37	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1			70/120	/97
	AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE		RIF. PERDITE ACQUOSE...		26		40	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				
	VERDE - URGENZA MINORE		ALGIA CON TUMEFAZION...		13		22	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				
	VERDE - URGENZA MINORE		NON TRANSITA DA PS...		27		35	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				
	VERDE - URGENZA MINORE		RIF. ALGIE FIANCO SIN...		41		38	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				
	VERDE - URGENZA MINORE		RIF. PERDITE EMATICHE...		74		73	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				
	VERDE - URGENZA MINORE		ROTTURA DELLE MEMBRA...		22		84	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				
	VERDE - URGENZA MINORE		RIF. CORPO ESTRANEO O...		52		91	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 2				
	VERDE - URGENZA MINORE		RIF. CORPO ESTRANEO O...		32		102	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 2				
	VERDE - URGENZA MINORE		RIF. ALGIE PELVICHE D...		29		114	SALA VISITA CODICI VERDI/BIANCHI 1				

2. Selezionare nel menù a tendina "Altre azioni" la voce "Braccialeto paziente"

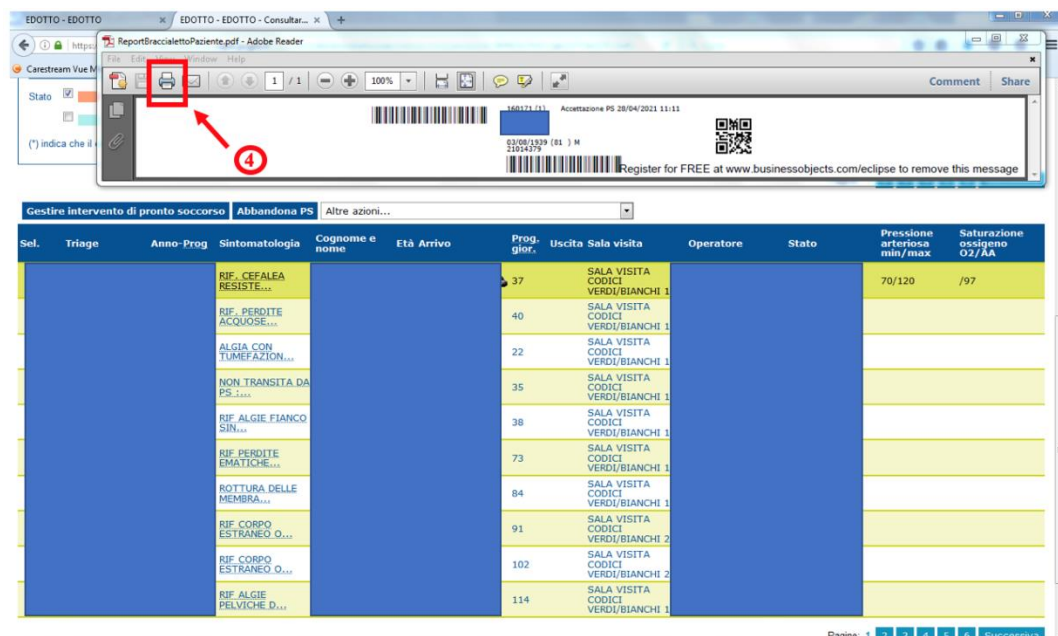


Sel.	Triage	Anno-Prog	Sintomatologia	Cognome e nome	Età	Arrivo	Prog. glori	Uscita Sala visita	Operatore	Stato	Pressione arteriosa min/max
			RIF. CEFALEA RESISTE...								
			RIF. PERDITE ACQUOSE...								
			ALGIA CON TUMEFAZION...								
			NON TRANSITA DA PS...								
			RIF. ALGIE FIANCO SIN...								
			RIF. PERDITE EMATICHE...								
			ROTTURA DELLE MEMBRA...								
			RIF. CORPO ESTRANEO O...	NEGRI LUCIO	52	27/04/2021 15:30	91				
			RIF. CORPO ESTRANEO O...	PAGLIALUNGA ANTONIO	32	27/04/2021 17:01	102				
			RIF. ALGIE PELVICHE D...	LEO MONIA	29	27/04/2021 18:57	114				

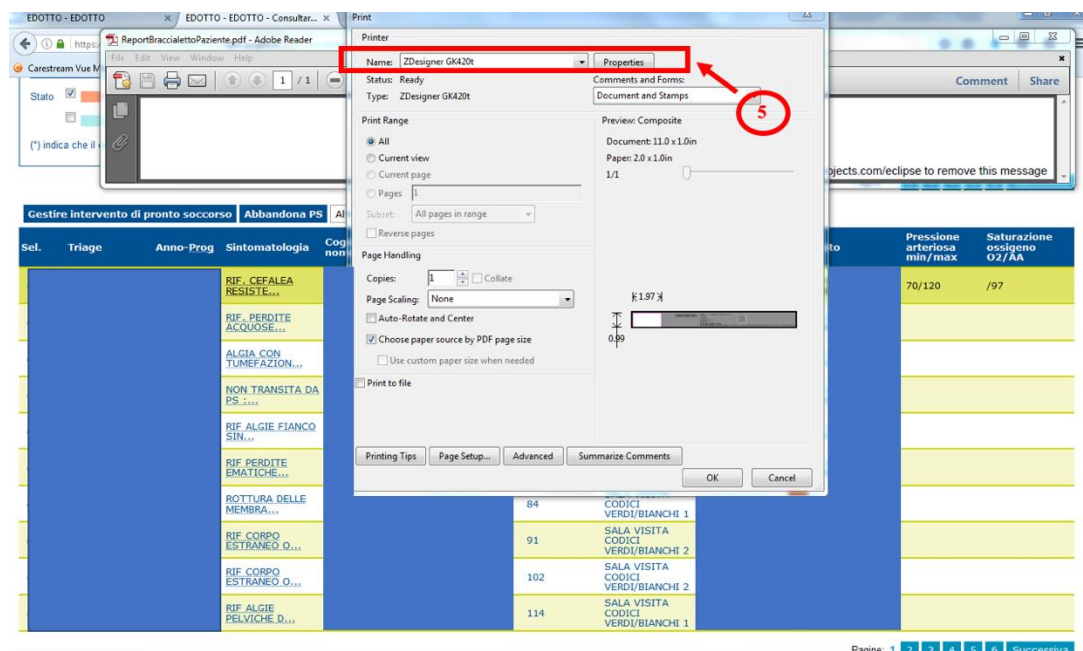
3. Aprire il file pdf generato “ReportBraccialettoPaziente” come indicato nel riquadro sotto:



4. Selezionare nella barra del menù l'icona di stampa come indicato nel riquadro sotto:



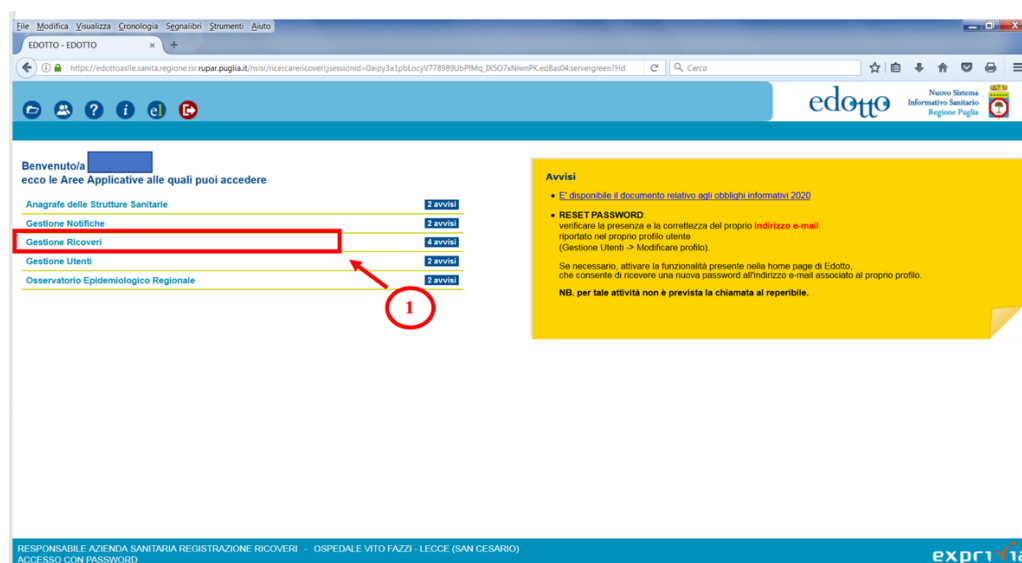
5. Procedere alla stampa accertandosi di selezionare nel menù a tendina la stampante “Zebra” come indicato nel riquadro sotto:



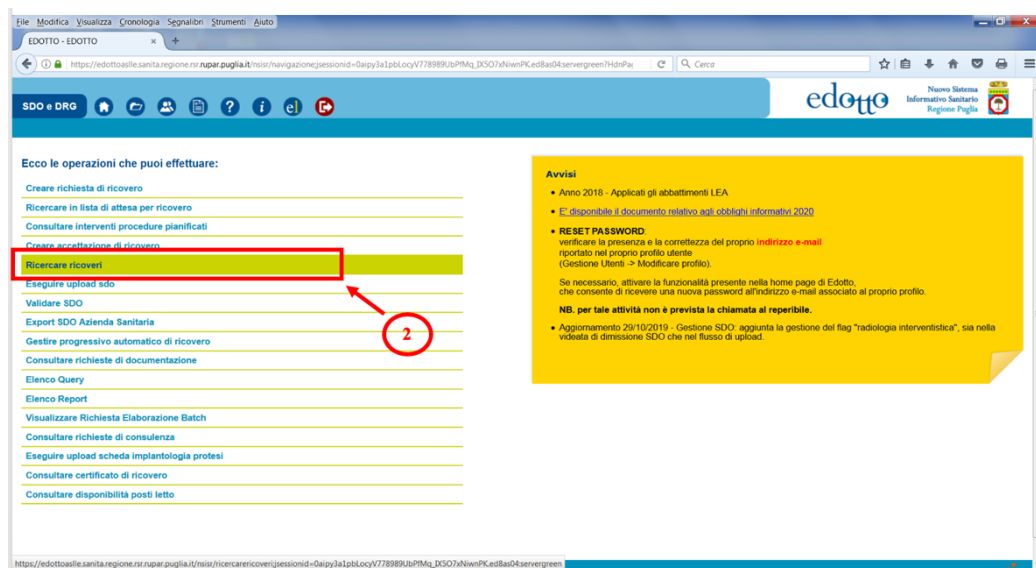
⇒ se setting assistenziale di accesso: UNITÀ OPERATIVA DI DEGENZA

La stampa dell’etichetta, nel caso di ricovero, avviene tramite il gestionale EDOTTO seguendo la modalità sotto dettagliata step by step:

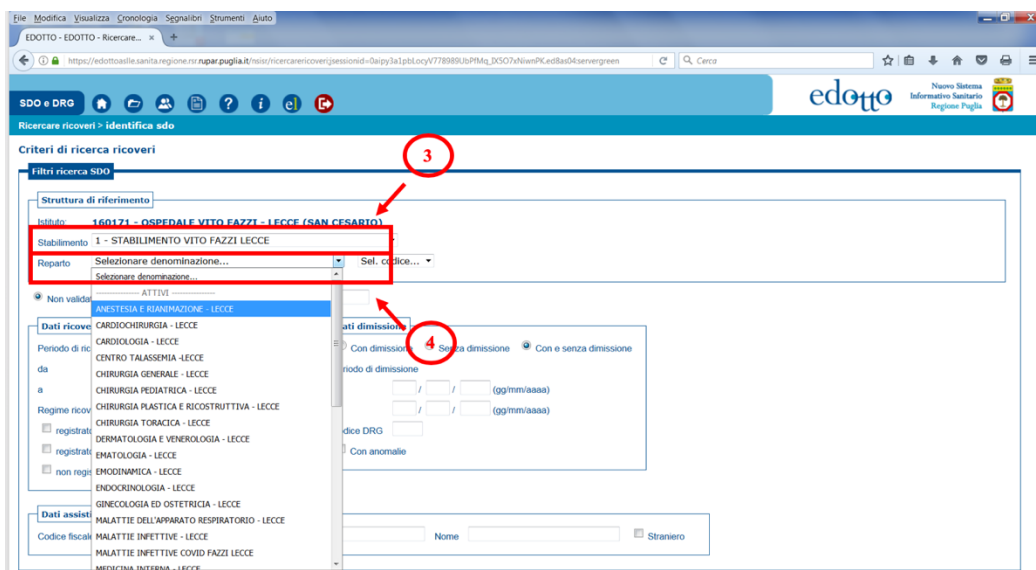
1. Selezionare la voce “Gestione ricoveri”



2. Selezionare la voce “Ricerca ricoveri”

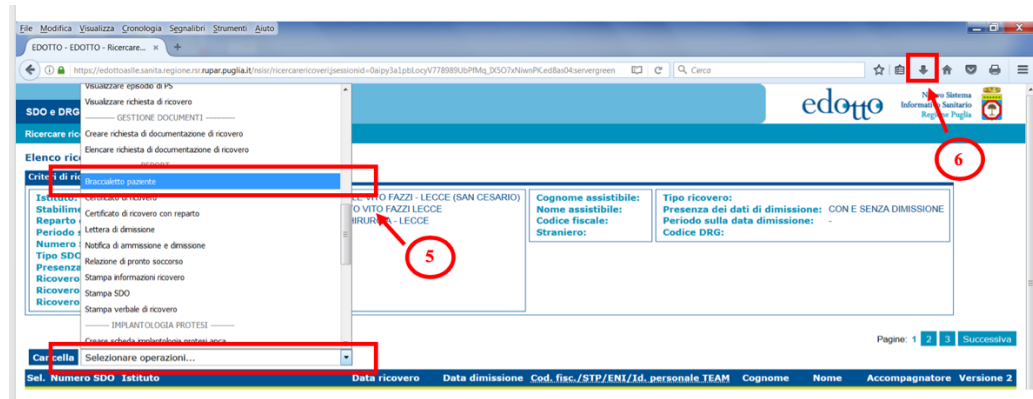


3. Inserire nella finestra “Filtri ricerca SDO” Stabilimento (3) e Reparto (4) ove il paziente è stato accettato

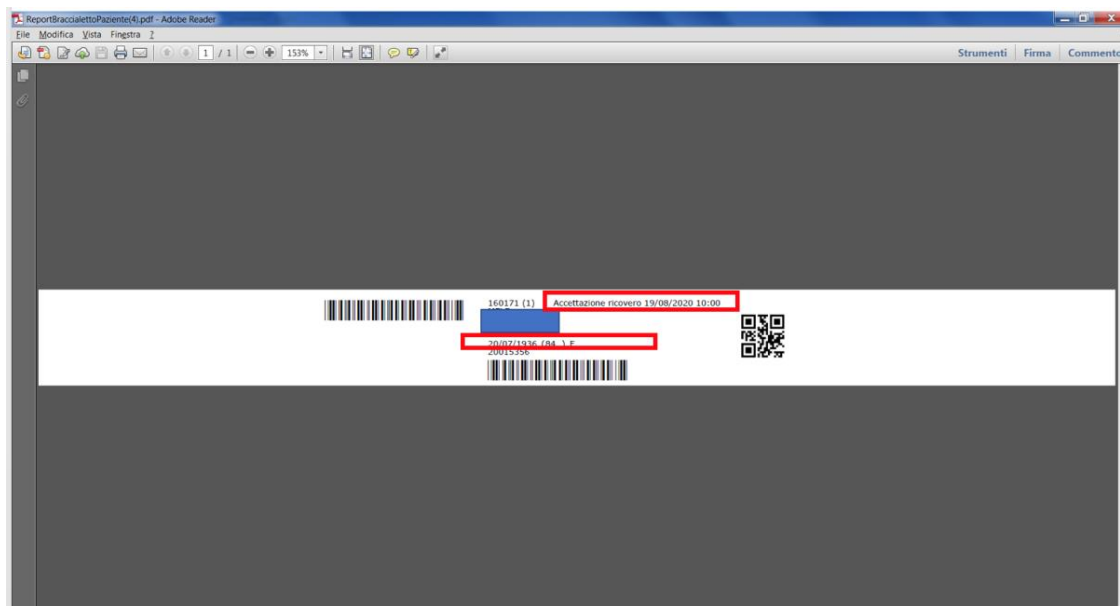


4. Selezionare nel menù a tendina “Selezionare operazioni” (riquadro rosso) la voce “Braccialetto paziente (5) per creare l’etichetta.

La stessa sarà visualizzabile cliccando sull’icona download (6).



5. Aprire il file PDF generato e selezionare nella maschera stampa della stampante Zebra la dicitura “dimensioni effettive”



Procedere alla stampa di N. 2 etichette adesive di cui:

- una andrà applicata sul braccialetto;
- una andrà applicata sul frontespizio della cartella clinica, in alto, a destra del logo della ASL.

L’etichetta collocata sul frontespizio della cartella ha lo scopo di consentire la verifica della corrispondenza dei dati inseriti manualmente.

Sarà possibile, utilizzando la medesima procedura sopra descritta, stampare ulteriori etichette adesive per identificare esami e consulenze ovvero contenitori utilizzati per materiali biologici (es. prelievi bioptici), schede usate per la terapia trasfusionale.

➤ **Applicazione del bracciale ID**

I bracciali ID devono essere applicati in ordine di preferenza a:

- Polso sinistro (se soggetto destrimane);
- Polso destro;
- Caviglia sinistra;
- Caviglia destra.

⇒ **se accesso a PRONTO SOCCORSO**

Il bracciale ID deve essere applicato ai pazienti in fase di accettazione al Triage.

I pazienti che giungono in “CODICE GIALLO/ROSSO” saranno correttamente identificati e dotati di bracciale ID non appena possibile rispetto alle prioritarie esigenze di cura.

⇒ **se accesso diretto a U.O.**

Il bracciale ID deve essere applicato al momento dell'accettazione in ricovero ordinario a cura del personale infermieristico dell'U.O.

▪ **Bracciale ID e tracciabilità nella documentazione sanitaria del paziente**

Il mancato utilizzo del dispositivo previsto per l'identificazione del paziente (bracciale ID), a qualsiasi titolo/ragione di carattere sanitario o di esplicito rifiuto del paziente ad accettare il posizionamento del bracciale ID o a mantenerlo in corso di ricovero, dovrà essere opportunamente segnalato sulla documentazione sanitaria del paziente (relazione di P.S./cartella clinica).

▪ **Eventuale sostituzione del bracciale ID**

Il bracciale ID deve essere sostituito nelle condizioni sotto riportate:

- **Danneggiamento del braccialetto identificativo**

In tale categoria rientrano le lesioni accidentali del bracciale (durante o a causa di procedure diagnostico-terapeutiche), le lesioni volontarie prodotte dal paziente, la perdita di leggibilità della etichetta adesiva.

- **Smarrimento del braccialetto identificativo**

Per prevenire la rimozione casuale del bracciale si raccomanda di prestare la massima attenzione al momento della prima applicazione del bracciale (es. scegliere adeguatamente il livello della chiusura regolabile).

- **Rimozione del bracciale per ragioni cliniche**

Durante la degenza è possibile che sia necessario provvedere alla rimozione del bracciale (es. piaga da pressione/reazione locali a livello della sede di applicazione, procedure diagnostico-terapeutiche che devono essere effettuate nella sede di applicazione).

- **Variazione dei dati identificativi del paziente su etichetta dati barcode**

La sostituzione del braccialetto identificativo deve essere attuata ogniqualvolta dovessero:

- a. verificarsi delle variazioni nei DATI IDENTIFICATIVI riportati sul barcode (es. n. della cartella clinica per l'apertura di nuova procedura amministrativa di ricovero);
- b. accertata errata registrazione delle generalità del paziente in fase di accettazione dello stesso c/o Pronto Soccorso/U.O. (es data nascita errata, cognome/nome scorretto per errore digitazione).
- c. successiva acquisizione delle generalità in caso di pazienti registrati come "anonimo" in fase di accettazione.

▪ **Situazioni particolari:**

⇒ **Trasferimento in altra U.O. all'interno dello stesso P.O.**

Il trasferimento interno di paziente in altra U.O. del medesimo P.O. non comporta l'apertura di una nuova cartella clinica: il personale sanitario del reparto di nuova destinazione dovrà accertarsi e garantire il regolare mantenimento del braccialetto identificativo del paziente già applicato nella U.O. di provenienza.

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 17 di 25	

⇒ Trasferimento da altro P.O. della ASL Lecce

Non si deve procedere alla rimozione del bracciale al momento della dimissione: il paziente indosserà durante il trasporto il bracciale ID applicato c/o il P.O. dimettente; all'arrivo c/o il P.O. di destinazione sarà sostituito in sicurezza dal personale sanitario accettante.

⇒ Percorso nascita: bracciali ID mamma - bambino

TEMPO 1: MOMENTO DEL RICOVERO DELLA DONNA PARTORIENTE

- **Identificazione della "donna paziente"**
 - a. Identificazione della paziente gravida secondo le modalità descritte al paragrafo inerente alla fase A “Accertamento dell'identità della persona assistita al momento dell'accettazione al P.S. o c/o i reparti di degenza e registrazione del paziente sul sistema EDOTTO (cfr. Paragrafo 6.1)”.
 - b. Applicazione e gestione del Braccialetto di Identificazione (cfr. Paragrafo 6.2) in base al setting assistenziale di accesso al P.O.

TEMPO 2: MOMENTO DELL'EVENTO NASCITA

- **Identificazione della diade "puerpera-neonato"**
 - a. Immediatamente dopo il parto e comunque all'interno della sala parto/sala operatoria, prima che il neonato lasci l'isola neonatale per il proseguo delle cure neonatali, si deve applicare il bracciale identificativo alla madre ed al neonato (coppia di bracciali recante lo stesso numero di serie).
 - b. L'attività di identificazione della diade “puerpera-neonato” si deve svolgere come da indicazioni delle “Linee Guida sulla modalità per l'identificazione del neonato al momento della nascita” (G.U. n°19 del 23.01.2002).

La donna conserverà quindi il bracciale identificativo applicato al momento dell'accesso al P.O. e sarà dotata di secondo bracciale identificativo “puerpera-neonato”.

⇒ Ricovero paziente pediatrico

Il bracciale ID (con dati identificativi relativi al paziente pediatrico) deve essere confezionato in duplice copia di cui una da applicarsi al paziente e l'altra al caragiver che lo accompagna. Tanto dovrà realizzarsi sia in caso di accesso al P.S. sia in caso di accesso diretto all'U.O.

⇒ Corretta identificazione della salma

Nel caso di decesso del paziente, il braccialetto identificativo applicato in Pronto Soccorso o presso altra U.O. **non deve essere rimosso**; la salma sarà opportunamente trasportata in obitorio ove potrà essere adeguatamente identificata tramite confronto tra dati del braccialetto identificativo e documentazione sanitaria.

In caso di paziente giunto cadavere al P.S. si dovranno comunque seguire le istruzioni operative per la corretta identificazione e applicazione del bracciale ID.

▪ **Rimozione del bracciale ID**

La rimozione del bracciale ID sarà effettuata dal personale sanitario del P.S./U.O. (mediante uso di forbici) al momento della dimissione del paziente.

Una volta rimosso, dovrà essere smaltito nei rifiuti pericolosi a rischio infettivo qualora contaminato da materiale organico (es. sangue, urine, etc.).

In tutti gli altri casi sarà smaltito come rifiuto assimilabile agli urbani, avendo cura di anonimizzare i dati del paziente.

6.3 FASE C: Corretta identificazione ai fini dell'esecuzione della prestazione sanitaria

L'identificazione diretta del paziente ed il confronto con i dati contenuti nella cartella clinica, nella richiesta di emocomponenti, nella richiesta di prestazione diagnostica, nella richiesta visita specialistica, ecc. devono essere eseguiti dallo stesso operatore immediatamente prima di svolgere ogni procedura e/o trattamento.

Non possono essere utilizzati per la corretta identificazione del paziente:

- **il numero di stanza;**
- **il numero di letto;**
- **il nome dell'Unità Operativa;**
- **la patologia.**

Identificazione del paziente per l'esecuzione di prelievo ematico e/o di materiale biologico

1. Prima di ogni prelievo ematico, l'operatore ricerca nell'anagrafica del software, il nominativo del paziente e stampa le etichette identificative.
2. Predispone le provette necessarie, le etichette con dati anagrafici del paziente e il materiale occorrente per eseguire il prelievo.

Successivamente, procede nel seguente ordine:

- a) identifica il paziente tramite accertamento verbale attivo dell'identità;
- b) verifica che le risposte siano congruenti con il bracciale ID che lo stesso indossa;
- c) si accerta contestualmente della corrispondenza con i dati anagrafici indicati sulle etichette identificative;
- d) appone le etichette sulle provette ed esegue il prelievo.

Prelievo di campioni di sangue per la determinazione del gruppo sanguigno e dei test pre-trasfusionali

L'operatore, prima di effettuare il prelievo ematico ai fini della determinazione del gruppo sanguigno e dell'esecuzione di altri test pre-trasfusionali:

1. prende visione della richiesta (compilata correttamente e in modo leggibile in ogni sua parte, firmata dal medico richiedente), predispone le provette necessarie ed il materiale occorrente per eseguire il prelievo ematico;
2. identifica il paziente tramite accertamento verbale attivo dell'identità;
3. verifica che le risposte siano congruenti con il bracciale ID che lo stesso indossa;
4. confronta i dati con quelli della richiesta e, contestualmente, riporta in modo leggibile e completo su ogni provetta, reparto d'appartenenza, cognome e nome, data di nascita, data del prelievo;
5. esegue il prelievo ematico e appone la propria firma leggibile su ogni provetta.

7. RESPONSABILITÀ

Le tabelle sotto riportate individuano attori e rispettive attività di competenza ed aree di responsabilità rispetto al presente protocollo:

CHI	Tutti gli operatori dell'azienda di tutte le qualifiche/ruoli che, in ragione della loro funzione di natura professionale o anche tecnico-operativa ed anche amministrativa, siano coinvolti nel processo di identificazione del paziente
COSA	<ul style="list-style-type: none"> - Devono conoscere i contenuti del presente protocollo; - Devono adottare sistematicamente il presente protocollo, a sostegno dei propri comportamenti operativi. <p>Tale responsabilità è da intendersi comprensiva dell'accertamento della <i>corrispondenza-congruenza univoca</i> tra l'identificativo del paziente e la sua documentazione sanitaria.</p>
CHI	Ciascun Direttore/Responsabile di U.O. e ciascun Coordinatore dell'assistenza
COSA	<ul style="list-style-type: none"> - Deve diffondere capillarmente a tutti gli operatori il presente protocollo; - Deve verificare e controllare sistematicamente la corretta applicazione del presente protocollo da parte di tutti gli operatori sanitari attivi presso la propria struttura.
CHI	U.O. Rischio Clinico Aziendale
COSA	<ul style="list-style-type: none"> - Deve garantire opportune revisioni del presente protocollo; - Deve organizzare – secondo le esigenze - attività informativo/formative sul campo con il supporto della area Formazione aziendale.

	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 21 di 25	

8. ACCESSIBILITÀ E RISERVATEZZA

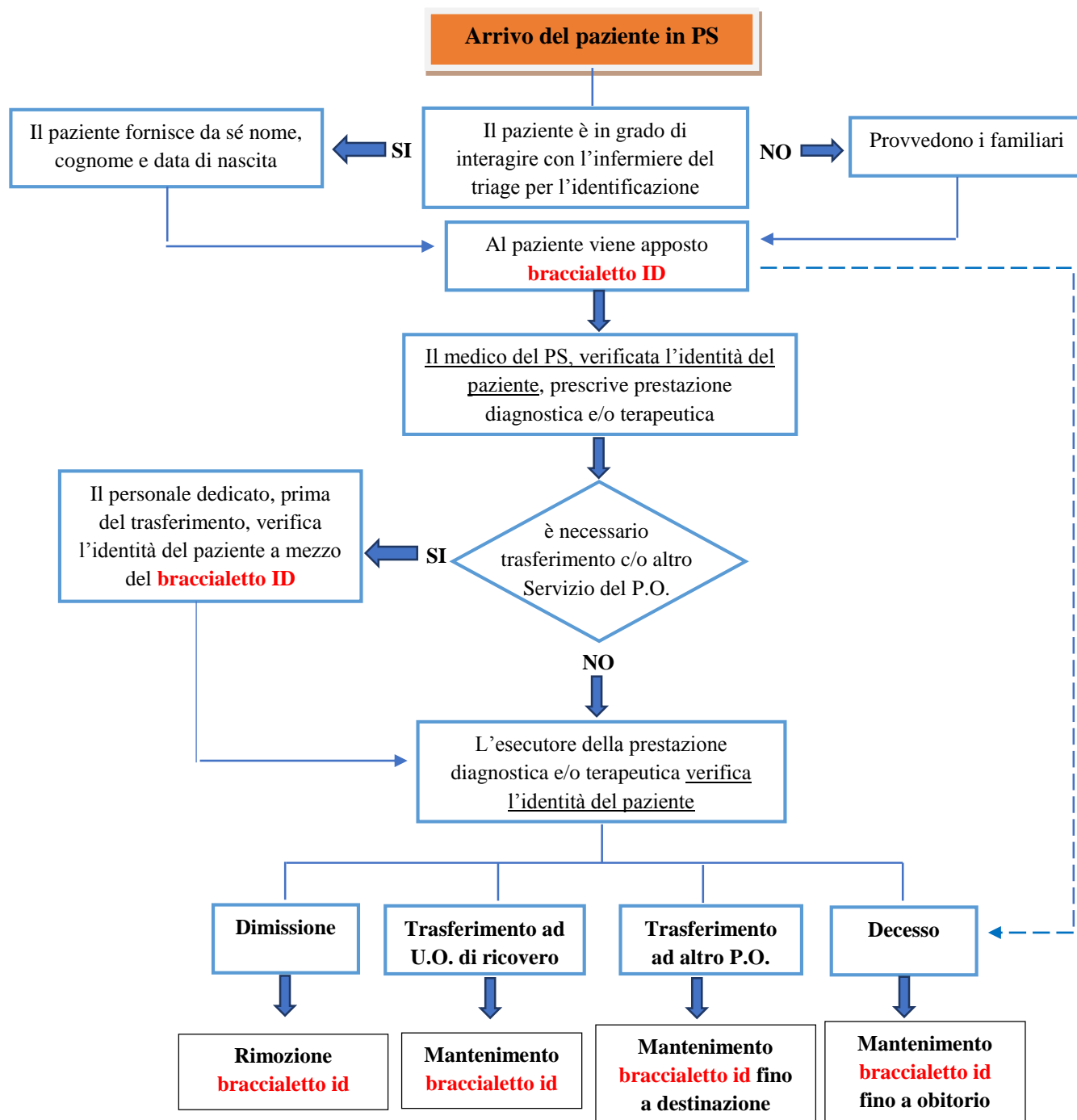
Il protocollo è pubblico ed accessibile sia sul sito aziendale che presso tutti i reparti e servizi aziendali.

9. REVISIONI

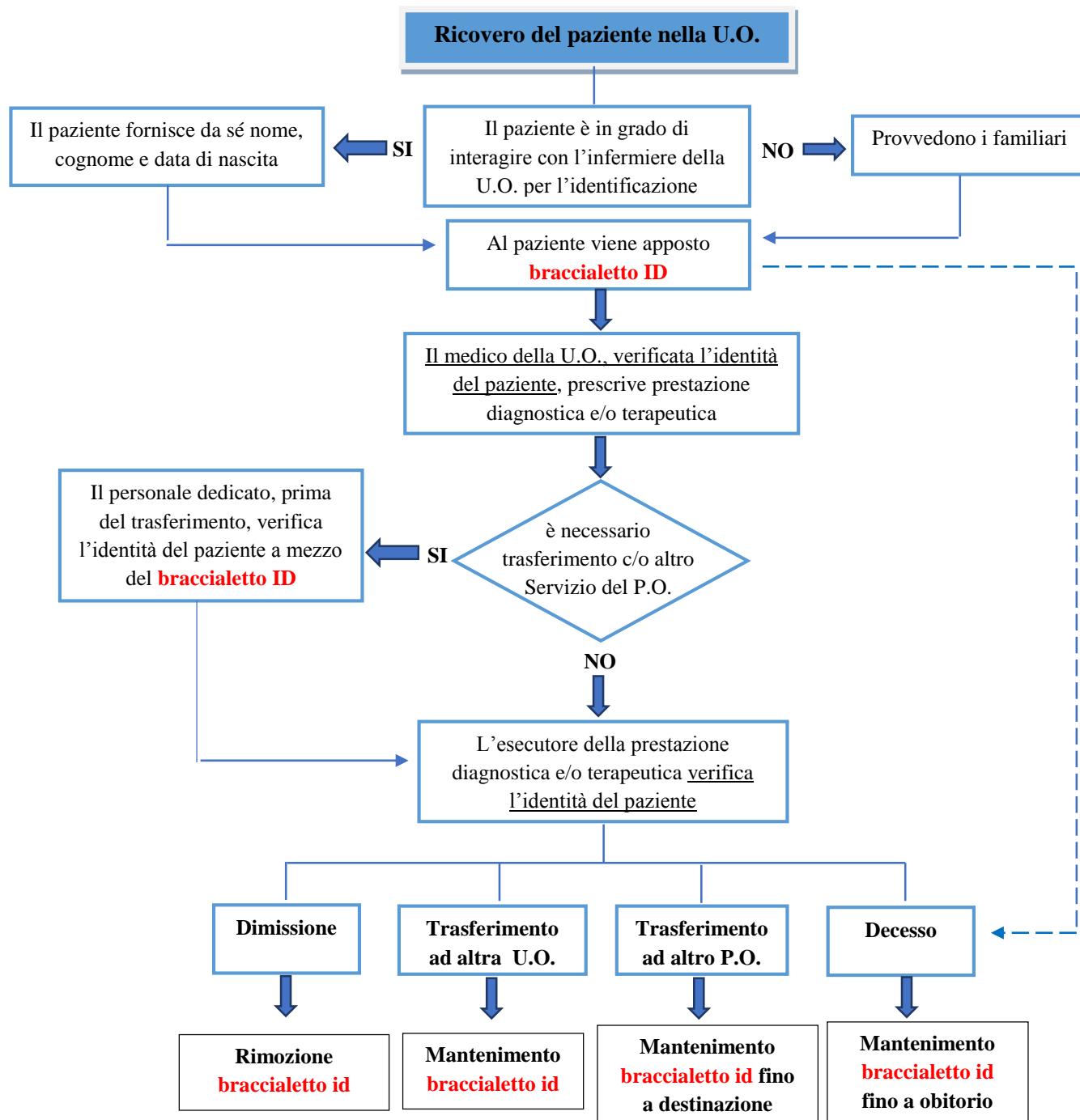
Il presente protocollo sarà oggetto di revisione ed eventuale aggiornamento sulla base delle norme nazionali/regionali, delle evidenze scientifiche nazionali/internazionali, degli input di carattere applicativo-procedurale locale, nonché dell'evoluzione dei dispositivi gestionali in uso c/o la nostra ASL (palmari o altri dispositivi analoghi).

SCHEMA RAPPRESENTATIVO PERCORSO PAZIENTE

A) ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE AL PRONTO SOCCORSO



A) ACCETTAZIONE DIRETTA DEL PAZIENTE NELLA U.O. DI RICOVERO



	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 24 di 25	

10. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Raccomandazioni del Ministero della Salute

- *Raccomandazione n. 3 luglio 2006: La corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;*
- *Raccomandazione n. 5 marzo 2008: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;*
- *Raccomandazione n. 7 settembre 2010: Prevenzione della morte, coma o grave danno da errori in terapia farmacologica.*

- Normativa

- Decreto 2 novembre 2015. Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti (15A09709) - GU Serie Generale n.300 del 28-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 69. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/12/28/15A09709/sg>
- Decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254 - Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179 - GU Serie Generale n.211 del 11-09-2003.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2003/09/11/003G0282/sg>
- Legge 8 marzo 2017, n. 24, Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (17G00041) - GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – Accordi Conferenza Stato-regioni relativi alla seduta del 22 novembre 2001. Linee Guida sulle modalità per l'identificazione del neonato al momento della nascita. G.U. n°19 del 23.01.2002
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=1&art.versione=1&art.codiceRedazionale=01A13277&art.dataPubblicazioneGazzetta=2002-01-23&art.idGruppo=0&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=1

 ASL Lecce PugliaSalute	PROTOCOLLO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	GRC P2/21	Rev. 01 del 05/05/2021
		Pag. 25 di 25	

- Joint Commission International
 - Manuale “*Standard per Ospedali e per la Sicurezza del Paziente*”, Servizio di valutazione delle strutture accreditate e a contratto del sistema sanitario lombardo Anno 2011 (IV ediz. del Manuale Marzo 2011) Obiettivo n. 1. “Identificare correttamente il paziente”
 - Gli standard Joint Commission International per l’accreditamento degli ospedali. 3 ed. Milano: Progea, 2007.

- WHO
 - WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 2, May 2007
<http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution2.pdf>.

- Documentazione aziendale
 - Deliberazione n. 955 del 10/07/2015 “*Protocollo per la corretta identificazione del paziente*”.
 - Deliberazione n. 623 del 15/06/2020 “*Procedura per la corretta gestione dei rifiuti*”.
 - Deliberazione n.538 del 26/05/2020 “*Procedura per la gestione sicura dei farmaci e dei prodotti farmaceutici*”.