

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura descrive le modalità per identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento e per verificare la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente.

La procedura “Modalità di identificazione del paziente” si applica in tutti i setting assistenziali (pronto soccorso, degenza, ambulatorio, diagnostica, centri prelievo, sala operatoria,...) prima della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati, prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici per analisi cliniche, prima dell’esecuzione di terapie farmacologiche e procedure diagnostiche e terapeutiche, prima dell’invio del paziente ad eseguire una procedura diagnostica fuori reparto e prima di un trasferimento.

Redazione

Giovanna Barresi, Anna Bruno, Cristoforo Costanzo, Rita De Luca, Domenica Di Guardo, Grazia Fabio, Carmelo Giuffrida, Rosalia Latino, Lorenzo Luppi, Emilio Malerba, Davide Mascali, Claudio Mazzaglia, Giuseppa Milletari, Ines Monte, Paolo Murabito, Letizia Musumeci, Francesco Oliveri, Grazia Parasiliti, Vincenzo Parrinello, Gabriella Patanè, Rosalba Quattrocchi, Carmelo Riscica Lizzio, Giuseppe Saglimbeni, Giuseppe Salamanca, Giuseppe Sciuto, Vincenzo Scuderi, Carmelo Russo, Antonino Trombetta.

Verifica

Vincenzo Parrinello

Approvazione

Vincenzo Albanese, Francesco Basile, Vito Borzì, Santa Adele Carini, Pietro Castellino, Ferdinando Di Vincenzo, Francesco Di Raimondo, Mario La Rosa, Lorenzo Lupo, Anna Rita Mattaliano, Diego Piazza, Carmelo Privitera, Rosa Raciti, Giuseppe Sessa, Corrado Tamburino, Maria Grazia Torre.

Ratifica

Antonio Lazzara

La presente procedura è la riedizione della versione ed. 1 rev. 01 del 15 maggio 2011, aggiornata per adeguarla al IPSPG. 1 del manuale per la gestione del rischio clinico-standard per gli ospedali, adottato dalla regione siciliana con decreto assessoriale del 12 agosto 2011, pubblicato nella GURS n. 39 del 16/09/2011.

PREMESSA

La presente procedura è stata predisposta al fine di soddisfare il requisito SROR.2.1.1A.013 del decreto assessoriale "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana" n. 890 del 17 giugno 2002" pubblicato nella GURS n. 29 del 28 giugno 2002: *"Esistono documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) per lo svolgimento delle principali attività di gestione, concordati con i servizi competenti. Nota: Si fa riferimento in particolare a: - riconoscimento degli utenti;..."*

Inoltre, la presente procedura è stata predisposta al fine di soddisfare il punto 7.5.3 "Identificazione e rintracciabilità" della norma UNI EN ISO 9001:2008, che richiede che l'organizzazione, ove appropriato, identifichi *"i prodotti con mezzi adeguati lungo tutte le fasi per la realizzazione del prodotto"*, e inoltre che, quando la rintracciabilità è un requisito, debba *"mantenere il controllo e registrare la univoca identificazione del prodotto"*.

Nell'ambito del percorso assistenziale, tale requisito può essere riferito anche al paziente, la cui persona, in quanto destinataria della prestazione o del trattamento, rappresenta l'elemento centrale del processo e la cui identificazione e rintracciabilità univoca deve essere garantita, al fine di assicurarne la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento.

La presente procedura è stata predisposta anche per aderire all'International Patient Safety Goal n. 1 *"L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente"* di Joint Commission International - manuale del rischio clinico della regione siciliana, adottato dalla regione siciliana con decreto assessoriale del 12 agosto 2011, pubblicato nella GURS n. 39 del 16/09/2011.

INDICE

	PREMESSA	3
	INTRODUZIONE	7
1	SCOPO	9
2	CAMPO DI APPLICAZIONE	9
3	RIFERIMENTI NORMATIVI	9
4	TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	9
5	DIAGRAMMA DI FLUSSO	9
6	RESPONSABILITÀ	10
7	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	10
7.1	Gli identificativi del paziente	10
7.2	Modalità di identificazione del paziente	10
7.3	Quando deve essere identificato il paziente.....	10
7.4	Utilizzo del braccialetto identificativo	11
7.5	Rifiuto del paziente ad indossare il braccialetto identificativo	11
7.6	Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di farmaci	11
7.7	Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di sangue ed emoderivati	11
7.8	Modalità di identificazione del paziente prima dell'invio del paziente ad eseguire una procedura diagnostica o una consulenza fuori reparto.....	11
7.9	Modalità di identificazione del paziente prima dell'esecuzione di una procedura diagnostica.....	12
7.10	Modalità di identificazione del paziente per l'esecuzione di prelievi	12
7.11	Modalità di identificazione del paziente prima dell'esecuzione di un intervento chirurgico	12

8	INDICATORI	13
9	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ.....	13
10	ARCHIVIAZIONE	13
11	DOCUMENTI RICHIAMATI	13

INTRODUZIONE

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale.

Il paziente può essere sedato, disorientato o non del tutto vigile; può cambiare letto, stanza o reparto all'interno dell'ospedale; può avere disabilità sensoriali; oppure può essere soggetto ad altre situazioni, causa di errori di corretta identificazione.

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità per:

- identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento;
- verificare la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente,

al fine di migliorare i processi di identificazione, in particolare i processi utilizzati per identificare il paziente in occasione:

- della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati;
- del prelievo di sangue o di altri campioni biologici per analisi cliniche;
- dell'esecuzione di qualunque altra terapia o procedura.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità all'indirizzo rischioclinico@ao-ve.it, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa.

1 SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità per identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento con l'obiettivo di garantire la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i setting assistenziali (pronto soccorso, degenza, ambulatorio, diagnostica, centri prelievo, sala operatoria,...) prima dell'ammissione del paziente in reparto, della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati, prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici per analisi cliniche, prima dell'esecuzione di terapie farmacologiche e procedure diagnostiche e terapeutiche, prima dell'invio del paziente ad eseguire una procedura diagnostica fuori reparto e prima di un trasferimento.

3 RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997: *"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*

Decreto Assessore della Salute della Regione Siciliana n. 890 del 17 giugno 2002
"Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana"

Decreto Assessore della Salute della Regione Siciliana del 12 agosto 2011:
"Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico" (G.U.R.S. n° 39 del 16.09.2011).

Ministero della Salute: *"Raccomandazione n. 5, marzo 2007 raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0"*

Assessorato della Salute: *"Raccomandazione n. 1, 2009 raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0."*

4 TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Per termini, le definizioni e le abbreviazioni si fa riferimento al glossario contenuto nel Manuale di Gestione per la Qualità Aziendale ed alla norma UNI EN ISO 9001:2008.

5 DIAGRAMMA DI FLUSSO

Non necessario.



6 **RESPONSABILITÀ**

Non necessario.

7 **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**

7.1 **Gli identificativi del paziente**

Gli identificativi del paziente sono il nome, il cognome e la data di nascita.

Nome, cognome e data di nascita devono essere sempre trascritti nella documentazione sanitaria (cartella clinica ed infermieristica, consenso informato, verbale operatorio, richieste consulenze, consulenze, richieste indagini di laboratorio, richieste di esami diagnostici, scheda terapia, scheda termometrica,...).

È vietato identificare il paziente ed ogni elemento del processo assistenziale che lo riguarda solo con il cognome e/o il nome e/o l'età e/o il numero di stanza e/o il numero di posto letto (es.: documentazione sanitaria, alimenti, sacche per nutrizione enterale e parenterale, dispositivi per terapia orale, preparazioni farmaceutiche,...).

7.2 **Modalità di identificazione del paziente**

Il paziente viene identificato attivamente, chiedendogli cioè di pronunciare il nome, il cognome e la data di nascita.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente sono controllati dal braccialetto identificativo.

7.3 **Quando deve essere identificato il paziente**

Il paziente deve attivamente essere identificato prima di:

1. somministrare la terapia
2. eseguire un prelievo ematico
3. inviarlo ad eseguire una procedura diagnostica o una consulenza fuori reparto
4. eseguire una procedura diagnostica
5. eseguire un intervento chirurgico
6. eseguire una trasfusione
7. un trasferimento.

In caso di paziente non collaborante, l'identificazione del paziente si basa sui dati anagrafici riportati nei documenti di riconoscimento ovvero forniti dagli accompagnatori.

Il paziente in coma sconosciuto lo si identifica con un codice alfanumerico che verrà riportato in tutta la documentazione sanitaria fino all'accertamento della sua identità.

7.4 Utilizzo del braccialetto identificativo

I dati anagrafici (nome, cognome e data di nascita) vengono trascritti sul braccialetto identificativo con pennarello indelebile e scrittura a stampatello.

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.

È vietato trascrivere eventuali positività a patologie infettive contagiose (HCV+, HBV+, HIV+,...).

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.

Nel caso in cui il paziente riferisca una allergia a farmaci, oltre al braccialetto identificativo viene apposto, nello stesso polso, il braccialetto rosso.

7.5 Rifiuto del paziente ad indossare il braccialetto identificativo

Qualora il paziente rifiuti di indossare il braccialetto identificativo, questo va registrato nel modulo di acquisizione del consenso informato, trascrivendo come atto sanitario proposto la "apposizione del braccialetto identificativo" e barrando su "non accetta".

7.6 Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di farmaci

Prima di somministrare un farmaco prescritto, l'infermiere o il medico chiede al paziente di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici del paziente siano coerenti con quelli contenuti nella scheda terapia.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo.

7.7 Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di sangue ed emoderivati

La identificazione del paziente per la somministrazione di sangue ed emoderivati viene effettuata al letto del paziente dal medico e dall'infermiere.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo.

7.8 Modalità di identificazione del paziente prima dell'invio del paziente ad eseguire una procedura diagnostica o una consulenza fuori reparto

Prima di inviare il paziente ad eseguire una procedura diagnostica fuori dal reparto, l'infermiere chiede al paziente di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici del paziente siano coerenti con quelli contenuti nella

richiesta.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo.

7.9 Modalità di identificazione del paziente prima dell'esecuzione di una procedura diagnostica

Prima di eseguire una procedura diagnostica, il medico, l'infermiere o il personale tecnico chiede al paziente di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici del paziente siano coerenti con quelli contenuti nella richiesta.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo.

7.10 Modalità di identificazione del paziente per l'esecuzione di prelievi

Il medico predispone le richieste.

L'infermiere prepara le provette e le etichette.

L'infermiere con le richieste, le provette e le etichette si reca a letto del paziente.

A letto del paziente, l'infermiere verifica che i dati anagrafici del paziente trascritti nelle richieste e nelle etichette corrispondano a quelli del paziente chiedendogli di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici del paziente siano coerenti con quelli contenuti nella richiesta.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo.

A letto del paziente, l'infermiere effettua il prelievo ed applica le etichette alle provette.

7.11 Modalità di identificazione del paziente prima dell'esecuzione di un intervento chirurgico

A paziente vigile e cosciente, prima dell'ingresso in sala operatoria, l'infermiere che lo accoglie 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.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo.

8 INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
PROFESSIONALE	Completezza registrazione identificativi paziente nella documentazione sanitaria	n. cartelle cliniche-infermieristiche-consenso informato-scheda terapia con registrazione completa degli identificativi paziente / n. cartelle cliniche-infermieristiche-consenso informato-scheda terapia	100%

9 GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Sono definite nella PQ-8-02 "Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

10 ARCHIVIAZIONE

Non sono presenti modelli di registrazione da archiviare.

11 DOCUMENTI RICHIAMATI

PQ-8-02 "Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed.0 Rev. 00	Emissione	23/07/07
Ed. 01 Rev. 01	Integrazione con il sistema di gestione del rischio clinico DA 11 gennaio 2008 adeguamento alla norma UNI EN ISO 9001:2008	15/05/11