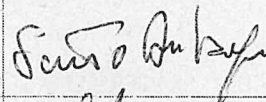

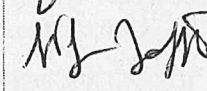
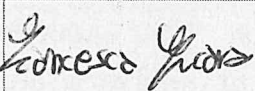
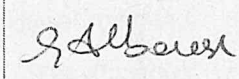
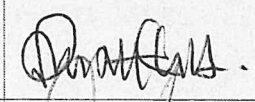
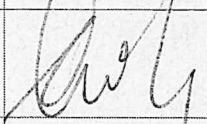



Procedura per Identificazione del paziente-utente

2024	Ediz. 1	Rev. 1	
2017	Ediz. 1	Rev. 0	
Redazione	Referente U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero		
	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management		
	Referente U.O.C. Direzione Medica di Presidio		
	Medico in formazione specialistica in Igiene e medicina preventiva		
Verifica	Direttore U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione - SIA		
	Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio		
	Responsabile Ricerca e Governo dell'Eccellenza e della Qualità		
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale		

INDICE

1. PREMESSA	3
2. OGGETTO, SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
3. RESPONSABILITÀ	5
4. MODALITÀ PER L'IDENTIFICAZIONE PAZIENTE " PERCORSO AMBULATORIALE "	7
4.1. Identificazione paziente nel percorso ambulatoriale, APA(Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali) – PAC. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).	7
4.2. Paziente In ricovero chirurgico con pre-ricovero.	8
5. IDENTIFICAZIONE PAZIENTE ED APPLICAZIONE BRACCIALETTO NEL " PERCORSO RICOVERO "	10
5.1. Accesso programmato da area amministrativa – ufficio ricoveri.	10
5.2. Accesso urgente tramite Pronto Soccorso (Triage).	11
5.3. Accesso diretto nelle UU.OO. di degenza per ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery..	12
5.4. Identificazione corretta del paziente prima di trasfusione di sangue ed emocomponenti.	13
5.5. Consulenze specialistiche	14
6. MATERIALI E STRUMENTAZIONE	15
6.1. Attività comuni a tutti i setting assistenziali dei pazienti ricoverati	18
6.2. Casi e situazioni particolari per tipologia di setting assistenziale.	21
7. "L'EVENTO PARTO": NEONATO E MAMMA	22
7.1. Casi e situazione particolari per mamma e neonato	24
8. IDENTIFICAZIONE CORRETTA DEL PAZIENTE E NORME SULLA PRIVACY-	24
9. DIVULGAZIONE DELLA PROCEDURA	25
10. INDICATORI DI PERFORMANCE	25
11. APPROVVIGIONAMENTO BRACCIALETTI E MANUTENZIONE ATTREZZATURA	25
12. FLOW-CHART	26
13. DEFINIZIONI e GLOSSARIO	31
14. RIFERIMENTI	31
15. ALLEGATI	32

1. PREMESSA

L'identificazione del paziente costituisce una delle principali raccomandazioni cui dover ottemperare nell'ambito della politica della clinical governance per gli errori in sanità.

La Joint Commission organizzazione no profit che accredita organizzazioni, servizi medicali e programmi di assistenza sanitaria in tutto il mondo riconosce fra le buone pratiche, per evitare gli errori legati alla non corretta identificazione del paziente, l'introduzione di braccialetti identificativi che devono contenere informazioni capaci di identificare in maniera univoca il paziente e devono essere accompagnati da procedure di identificazione attiva, che coinvolgano sia l'operatore che il paziente (JCAHO 2001 e JCAHO 2004).

L'identificazione corretta del paziente rappresenta quindi l'elemento chiave di gestione organizzativa, clinica ed assistenziale teso ad identificare, valutare e ridurre danni ai pazienti, al personale, ai visitatori e rischi di perdita economica e di immagine per l'Azienda e impedire il verificarsi dell'evento sentinella: "procedura in paziente sbagliato".

Il sistema di gestione del rischio in sanità affinché sia efficace, deve essere un sistema dinamico e integrato, ossia, pur mantenendo divise le responsabilità, deve interessare tutte le aree in cui l'errore può manifestarsi durante il processo diagnostico, terapeutico e assistenziale e condividere con esse gli strumenti.

Errori umani per possibili "scambi accidentali di persona/paziente" da parte di tutti gli operatori sanitari, possono infatti aver luogo in qualsiasi contesto, dal pronto soccorso alla sala operatoria, dalla degenza alle attività ospedaliere di tipo ambulatoriale e in qualsiasi momento diagnostico o terapeutico nell'ambito delle diverse fasi del processo di erogazione delle cure sanitarie, come:

- la compilazione di cartelle cliniche e prescrizioni mediche;
- la somministrazione della terapia farmacologica;
- l'effettuazione di trasfusioni di sangue ed emoderivati;
- l'esecuzione di interventi chirurgici;
- la prescrizione e l'erogazione di specifiche procedure diagnostiche quali esami ematici, istologici, radiologici;
- l'invio di ordini diretti al fornitore o alla farmacia;
- la gestione di percorsi assicurativi, amministrativi e di ricerca.

Bisogna ricordare inoltre, che, i pazienti possono essere non collaboranti, manifestare alterazioni dello stato di coscienza e vigilanza, possono avere problemi di comprensione linguistica o non conoscere affatto la nostra lingua.

Prendendo atto che i setting assistenziali sono stati implementati e le problematiche legate alle esigenze del paziente si sono modificate, abbiamo effettuato una revisione della precedente procedura del 2017, codificando una corretta ed univoca ID del paziente che giunge nel Grande Ospedale Metropolitan (GOM) Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria per effettuare procedure diagnostiche terapeutiche. Tale procedura deve essere impiegata da tutti gli operatori, a seconda del contesto specifico in cui si trovano ad operare. Un braccialetto apposto al paziente fin dal primo momento del ricovero, con barcode e dati ID univoci potrà di molto aiutare a ridurre i possibili errori degli operatori in tutte le fasi diagnostiche-terapeutiche, clinico-assistenziali e l'impiego di specifici e ben codificati identificativi per l'utenza ambulatoriale, cui risulta impensabile avvalersi dell'uso del braccialetto ID, potrà soddisfare al meglio il medesimo obiettivo, riguardante appunto la dimensione della sicura ID del paziente.

2. OGGETTO, SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive le corrette modalità di identificazione del paziente che dovrà effettuare procedure diagnostiche - terapeutiche nel Grande Ospedale Metropolitan (GOM) Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria e la relativa corrispondenza tra dati Utente e prestazione da erogare nei due percorsi sanitari assistenziali:

- Ambulatoriale
- Ricovero.

Comune ai due percorsi sanitari assistenziali sono:

- a) verifica dati anagrafici tramite tessera sanitaria (TEAM) e/o carta di identità e la eventuale documentazione clinica del paziente;
- b) verifica verbale dell'identità, fatta esclusiva eccezione per i casi estremi di impossibilità con paziente incosciente, privo di documentazione o straniero, con conferma e confronto con i dati della richiesta di prestazione. L'operatore deve verificare espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la data di nascita (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"), avendo cura che la domanda dell'operatore non suggerisca la risposta (es. "Lei è il Signor Russo, nato il 03/04/1963 ?");
- c) Rilevazione ID nei casi previsti per legge di pazienti "impossibilitati", attraverso tutore, legale rappresentante, amministratore di sostegno, convivente o unito civilmente, esercente la responsabilità genitoriale, fiduciario ai sensi dell'art 4 della l. 2019/2017 e nei casi estremi di pazienti con impossibilità temporanea.

NON possono essere utilizzati per l'identificazione del paziente la patologia, il numero di stanza, di letto, il reparto.

Il paziente può essere:

- **collaborante** in cui l'identificazione avviene tramite la Tessera sanitaria o in assenza della stessa, tramite carta di identità e codice fiscale;

- **non collaborante** in cui l'identificazione avviene tramite la collaborazione dei familiari/accompagnatori del paziente o di soggetti autorizzati a norma di legge (v. punto 2 b e c);
- **straniero** in cui per l'identificazione vengono chiesti e fotocopiati i documenti in possesso dell'Utente (eventuale tessera TEAM, passaporto e codice fiscale);
- **straniero presente irregolarmente sul territorio italiano** in cui l'identificazione avviene tramite codice di identificazione, chiamato STP, che ha validità di 6 mesi dal momento del rilascio ed è rinnovabile.

3. RESPONSABILITÀ

- Gli operatori dell'Azienda di tutte le qualifiche e/o profili, in ragione della loro funzione di natura professionale tecnico-operativa o amministrativa, sono tenuti ad identificare correttamente ogni Utente/paziente ai fini della sicurezza di tutte le prestazioni diagnostico-terapeutiche eseguite in Azienda.

OPERATORI
Operatori amministrativi di front office c/o CUP o Accettazione Amministrativa
Dirigenti Medici e personale del comparto c/o UU.OO.

A ciascuno vi è attribuito, secondo la matrice delle responsabilità di seguito riportata, l'obbligo di conoscere e applicare i contenuti della presente procedura.

Tale responsabilità è da intendersi anche comprensiva dell'accertamento della corrispondenza-congruenza univoca tra l'identificazione (ID) del paziente-Utente e la documentazione sanitaria del percorso diagnostico-terapeutico (dalla cartella clinica alla singola richiesta di prestazione diagnostica, sia sotto forma cartacea che informatizzata).

Si dovrà procedere a verificare sempre la corrispondenza univoca tra cognome-nome espresso dall'Utente o da suo documento e:

- ID delle etichette per provette per campioni biologici;
- ID delle impegnative di prenotazioni/accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali rilasciate dai CUP;
- ID moduli sanitari informatizzati o anche precompilati per dati anagrafici dell'Utente, sui quali dovrà essere tracciata l'avvenuta prestazione.

3. GESTIONE OPERATIVA DELLA PROCEDURA PER
L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE-UTENTE

		Operatori amministrativi di front office	Direttore Unità Operativa	Dirigente Medico UU.OO.	Dirigente Medico in consulenza	Coordinatore infermieristico/tecnico/estetico U.O.	Responsabile CUP (Direttore Medico di Presidio U.)	Personale infermieristico/estetico di triage	Personale infermieristico/estetico/tecnico sanitario di radiologia e laboratorio	
IDENTIFICAZIONE PAZIENTE NEL PERCORSO AMBULATORIALE, APA - PAC	Accesso da centro unico di prenotazione (CUP)	R					C		I	
	Accesso diretto in ambulatorio-identificazione Stampa braccialetto per PAC -APA		I			C			R	
	Dipartimento tecnologie avanzate diagnostiche e terapeutiche									
	Accesso da centro unico di prenotazione (CUP)	R					C			
	Accesso diretto in sezione (Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nucleare)		I			C			R	
	Dipartimento Dei Servizi (UOC Laboratorio Analisi)									
	Stampa etichetta prestazioni da eseguire - CUP	R					C		I	
	Identificazione paziente			I		C			R	
	RICOVERO PROGRAMMATO-URGENTE	Paziente in ricovero chirurgico con pre-ricovero-identificazione		I			C			R
		Verifica anagrafica ed identificazione paziente - stampa etichette		I			C			R
Prescrizione esami strumentali e diagnostici della pre-ospedalizzazione			I	R					C	
Accesso urgente da Pronto Soccorso (Triage) - stampa braccialetto identificativo				I		C		R		
Accesso programmato da area amministrativa - ufficio ricoveri - stampa braccialetto identificativo		R		I		C				
Accesso diretto nelle UU.OO. di degenza per ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery - stampa braccialetto identificativo				I		C			R	
IDENTIFICAZIONE CORRETTA DEL PAZIENTE PRIMA DI TRASFUSIONE DI SANGUE ED EMOderivati				R		I			C	
CONSULENZE SPECIALISTICHE - identificazione utente			I	C	R					
TRASFERIMENTO O DIMISSIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO - identificazione utente e rimozione braccialetto identificativo				R		I			C	
Eventuale sostituzione e rimozione del braccialetto identificativo				I		C			R	
Smaltimento braccialetto identificativo						I			R	
Rifiuto del paziente all'uso del braccialetto identificativo - segnalazione da trasmettere in cartella clinica/verbale P.S.			I	R		C				
EVENTO PARTO: NEONATO E MAMMA										
Applicazione e stampa braccialetto identificazione mamma al momento del ricovero			I		C			R		
Applicazione e stampa braccialetto identificazione mamma e bambino/i			I		C			R		

Legenda:
R: responsabile
C: collabora
I: informato

- Alla U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management e alla Direzione Medica di Presidio è attribuita la responsabilità di:
 - aggiornare/rivedere periodicamente il presente documento;
 - adottare le migliori azioni organizzative di diffusione/conoscenza e sostegno all'implementazione dello stesso a livello aziendale, anche mediante sistemi di coinvolgimento "a cascata" e di possibili percorsi formativi sul campo;
 - presidiare/verificare, anche di concerto altre funzioni aziendali, periodici sistemi di audit finalizzati alla verifica della responsabile adozione di tale policy sicurezza, da parte di tutti gli operatori.

- A ciascun Direttore U.O., a ciascun Coordinatore delle aree Infermieristica Ostetrica e Tecnico-Sanitaria e della Riabilitazione, a ciascun Referente del Rischio Clinico (sia Medico che Infermieristico) delle singole UU.OO. è attribuita la responsabilità di:
 - diffondere, rendere accessibile e far conoscere a tutti gli operatori il presente protocollo entro la rispettiva UO, per la propria area di afferenza degli stessi, ivi compresi i nuovi neo-assunti;
 - verificare e controllare sistematicamente la corretta adesione ai contenuti del presente protocollo, rispetto ai comportamenti tecnico-professionali di processo di ciascun operatore del proprio staff.

4. MODALITÀ OPERATIVE PER L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE "AMBULATORIALE"

4.1. Identificazione paziente nel percorso ambulatoriale, APA(Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali) – PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).

Per tutti i setting clinico- assistenziali tipicamente ambulatoriali che vengono erogati nei Presidi Ospedalieri Riuniti e Morelli è fatto obbligo al personale amministrativo e sanitario di accertare prima di procedere all'erogazione della prestazione medesima, l'identità dell'Utente mediante richiesta verbale di espressione del proprio cognome nome, per esempio:

"...Mi può gentilmente dire/ripetere il suo cognome e nome...". fatta esclusiva eccezione per i casi di impossibilità con paziente incosciente, privo di documentazione o straniero (v. punto 2C).

La prenotazione delle prestazioni rappresenta il primo atto identificativo del paziente.

La prenotazione può avvenire sia personalmente presso gli sportelli sia telefonicamente tramite numero verde.

- **Accesso diretto in ambulatorio per pazienti prenotati ed esenti a qualsiasi titolo**

Il personale infermieristico accoglie l'Utente, acquisisce la tessera sanitaria e/ o carta di identità e la eventuale documentazione clinica del paziente, verifica la concordanza dell'identità del paziente con quella

indicata sulla documentazione, inserisce i dati (nome, cognome, data di nascita, C.F.) nel programma informatico; nel caso di paziente non collaborante accerta l'identità attraverso la collaborazione del parente, dell'accompagnatore, dei genitori in caso di paziente minore, di tutore o amministratore di sostegno (v. punto 2 c).

Il medico specialista prima di sottoporre il paziente alla prestazione e al momento della refertazione verifica ulteriormente l'identità del paziente richiedendo il proprio nome e cognome.

- **Accesso da Centro Unico di Prenotazione (CUP) per pazienti prenotati e non esenti**

Il paziente non esente, prima dell'accesso in ambulatorio, deve recarsi al CUP per regolarizzare la pratica amministrativa.

- **Accesso alla Diagnostica per immagine**

Il paziente può accedere alle UU. OO. afferenti al Dipartimento (UOC Radiologia, UOC Medicina Nucleare, UOC Neuroradiologia) o tramite il CUP se non esente o tramite accettazione diretta se esente totalmente dal pagamento del ticket.

- **Accesso al Dipartimento Dei Servizi (UOC Laboratorio Analisi)**

I pazienti, esenti e non, che accedono alle prestazioni in regime SSN arrivano al Servizio tramite il CUP. Devono presentarsi muniti di un documento valido per la richiesta di esami (Impegnativa del Medico di base o di uno Specialista convenzionato) e della Tessera sanitaria.

Dopo l'inserimento dei dati anagrafici e dei dati relativi alla richiesta di esami, gli operatori amministrativi di front office stampano i seguenti documenti:

- Etichette adesive che riportano la data, il numero identificativo del paziente, il suo nome e cognome ed i codici degli esami richiesti e che verranno utilizzate per l'identificazione dei contenitori dei materiali biologici.
- Un foglio che riporta la data dell'accettazione, il numero identificativo del paziente, il suo nome e cognome con la data dalla quale sarà disponibile il referto e con le indicazioni del luogo e degli orari per il ritiro dello stesso e relativa delega.

Tutti i pazienti che necessitano di essere sottoposti al prelievo, vengono chiamati dal **personale infermieristico di sala prelievi che verifica, prima dell'effettuazione del prelievo, la corrispondenza tra documentazione (richiesta/impegnativa, etichette, etc.) e paziente** chiedendo le proprie generalità e verificandone la corrispondenza.

4.2. Paziente In ricovero chirurgico con pre-ricovero.

- Il personale infermieristico dell'ambulatorio di pre-ricovero accoglie l'Utente, acquisisce la documentazione sanitaria e verifica l'identità del paziente con quella indicata sulla documentazione

e nel caso di paziente non collaborante, accerta l'identità attraverso la collaborazione del parente di soggetti autorizzati per legge (v. punto 2 c).

- Esegue l'accettazione amministrativa dell'Utente mediante il programma "ADT web":
 - se il paziente ha avuto precedenti accessi nell'Azienda, i dati risultano già inseriti ed è tuttavia importante verificarne la corrispondenza, in caso di omonimia l'identificazione avviene tramite il codice fiscale;
 - se è il primo accesso occorre inserire tutti i dati richiesti.
- Il numero progressivo della pratica viene riportato sulla cartella clinica. Verranno inoltre stampate le etichette da applicare sulle richieste per Rx torace e per ECG.
- Il paziente effettua le prestazioni diagnostiche di pre-ricovero (ECG, RX torace, esami di laboratorio) e deve essere identificato prima di ognuna di esse mediante la richiesta del proprio nome e cognome.
- Il Chirurgo/Anestesista esegue l'anamnesi e l'esame obiettivo (EO) previa verifica dei dati anagrafici riportati sulla Cartella Clinica (CC).
- Al termine di tutte le indagini preoperatorie si conclude il pre-ricovero e si dispone il nulla osta all'intervento chirurgico.

Applicazione del braccialetto nel paziente nei percorsi APA (Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali) - PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).

Il personale infermieristico dell'ambulatorio accoglie l'Utente, acquisisce la documentazione sanitaria e verifica l'identità del paziente con quella indicata sulla documentazione e nel caso di paziente non collaborante, accerta l'identità attraverso la collaborazione del parente e/o di soggetti autorizzati per legge (v. punto 2 c) ed applica il braccialetto di colore verde con Codice a barre corrispondente al Nosologico, che manterrà per la durata del percorso fino ad avvenuto completamento della prestazione sanitaria giornaliera. La sua rimozione finale da parte dell'infermiere consentirà di assicurare l'Utente circa l'avvenuto completamento di tutto l'iter sanitario programmato in quella specifica giornata e dunque il regolare allontanamento dalla struttura sanitaria.

Nel caso in cui si renda necessario trattenere il paziente per la notte il braccialetto ID va mantenuto in situ fino alla dimissione.

- Se le giornate previste di accesso sono contigue, il braccialetto ID dovrà essere mantenuto sul paziente fino ad avvenuto completamento delle prestazioni sanitarie; la sua rimozione finale consentirà di assicurare l'Utente circa l'avvenuto completamento di tutto l'iter sanitario programmato.
- Se le giornate previste di accesso sono temporalmente lontane, il braccialetto ID dovrà essere rimosso al completamento della prestazione giornaliera e riconfezionato ad ogni successivo accesso.

5. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE/UTENTE ED APPLICAZIONE DEL BRACCIALETTO ID NEL PERCORSO "RICOVERO"

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.

Nel percorso "Ricovero" i pazienti possono accedere in Azienda ospedaliera G.O.M. da Pronto Soccorso generale, ostetrico, pediatrico, dalle discipline previste nei percorsi "fast track" dove dopo la corretta identificazione verbale e documentale verrà applicato il braccialetto di colore rosso e/o da ricovero programmato delle U.U. O.O. a ciclo continuo e diurno, dove verrà applicato dal personale preposto il braccialetto di colore verde.

RACCOMANDAZIONE

L'uso del braccialetto identificativo non esclude l'identificazione verbale/documentale (tessera sanitaria, C.I.): le due modalità devono essere entrambe utilizzate, fatta esclusiva eccezione per i casi estremi di impossibilità (paziente incosciente, privo di documentazione (v. punto 2 c).

Quanto sopra, deve essere attuato da tutti gli operatori che entrano nel processo d'erogazione delle diverse prestazioni sanitarie, in particolare:

- al momento della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati;
- durante tutto il percorso peri-operatorio (obiettivo chirurgia sicura);
- prima dell'esecuzione di qualsiasi procedura diagnostico-terapeutica;
- prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici, a scopo diagnostico.

L'uso del braccialetto permette di identificare velocemente e con certezza il paziente al fine di:

- prevenire errori nella somministrazione dei farmaci, sangue ed emoderivati;
- garantire procedure diagnostico-terapeutiche sicure;
- assicurare in generale cure sicure durante tutta la permanenza in ospedale ;
- garantire l'aggiornamento veloce e preciso delle cartelle cliniche da parte del personale;
- ridurre l'attività burocratica;
- ridurre/eliminare contenziosi medico legali assicurativi.

5.1. Accesso programmato da area amministrativa – ufficio ricoveri.

Responsabilità dell'atto di stampa e applicazione del braccialetto ID: Operatori amministrativi di front office.

Il paziente può essere:

- **collaborante** in cui l'identificazione avviene tramite la Tessera sanitaria o in assenza della stessa, tramite carta di identità e codice fiscale;
- **non collaborante** in cui l'identificazione avviene tramite la collaborazione dei familiari/accompagnatori del paziente o di soggetti autorizzati a norma di legge (v. punto c);

- **straniero** in cui per l'identificazione vengono chiesti e fotocopiati i documenti in possesso dell'Utente (eventuale tessera TEAM, passaporto e codice fiscale);
- **straniero temporaneamente presente (STP)** in cui l'identificazione avviene tramite tessera di identificazione, chiamata STP, che ha validità di 6 mesi dal momento del rilascio ed è rinnovabile. Il personale amministrativo dopo l'identificazione del paziente, stampa e applica il braccialetto verde al paziente che manterrà per tutto il percorso di cura.

5.2. Accesso urgente tramite Pronto Soccorso (Triage).

Responsabilità dell'atto di stampa e applicazione del braccialetto ID per l'accesso alle cure di Pronto Soccorso: Personale infermieristico/ostetrico di triage.

I pazienti adulti, pediatrici e ginecologici che giungono in Pronto Soccorso generale e in Pronto Soccorso ostetrico e nelle discipline previste dai percorsi "fast track" nella fase di triage/accettazione, devono essere correttamente identificati dal personale infermieristico/ostetrico di triage verbalmente (ove possibile) e attraverso tessera sanitaria o, in carenza di questa, attraverso carta d'identità.

Dopo l'identificazione, il personale dovrà generare automaticamente il braccialetto con codice identificativo "scheda PS n°", di colore giallo, apporlo al/alla paziente e specificare che sarà utilizzato per la corretta identificazione nell'espletamento dell'iter diagnostico terapeutico intra ospedaliero.

- Se il paziente non è in grado o impossibilitato a rispondere alle domande sulla propria identità, non ha accompagnatori, o comunque non possa essere correttamente identificato, deve essere identificato come **SCONOSCIUTO** in tutta la documentazione che lo riguarda, inserendo tale dicitura a livello dei campi obbligatori che riguardano il nome e cognome, fino a quando venga accertata la vera identità. In ogni caso anche al **PAZIENTE SCONOSCIUTO** il sistema assegna un codice numerico univoco di P.S. stampato sul braccialetto identificativo e riportato sulla documentazione clinica.
- Se si tratta di un paziente che, sulla base delle norme vigenti, ha chiesto l'anonimato, il paziente deve essere identificato come **PAZIENTE ANONIMO** in tutta la documentazione che lo riguarda, inserendo tale dicitura a livello dei campi obbligatori che riguardano il nome e cognome. In ogni caso anche al **PAZIENTE ANONIMO** il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo e riportato sulla documentazione clinica.

Al termine dell'accesso in Pronto Soccorso (generale, pediatrico e ostetrico) il dirigente medico può decidere di:

- ricoverare il paziente in una delle UU.OO. dell'ospedale ed in tal caso il personale infermieristico/ostetrico genererà il braccialetto di colore rosso che seguirà il paziente fino alla dimissione, dopo che il medico di P.S. si sarà sincerato della disponibilità del posto letto e stamperà il foglio di ricovero. Il paziente rimarrà a carico del P.S. fino ad accettazione operativa dell'U.O. individuata per il ricovero.

- dimettere il/la paziente e dopo aver consegnato al paziente il verbale di dimissione, firmato digitalmente con relativa terapia prescritta con ricetta dematerializzata, far rimuovere dal personale infermieristico/ostetrico il braccialetto con codice identificativo" scheda PS n° " .

5.3. Accesso diretto nelle UU.OO. di degenza per ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery. Responsabilità dell'atto di stampa e applicazione del braccialetto ID: personale infermieristico/ostetrico, al momento del ricovero, con procedura ADT in reparto.

Modalità operative.

Da prevedersi l'applicazione del braccialetto di colore verde per tutti i pazienti, che accedono al ricovero.

Al momento dell'accesso in Reparto il paziente, in relazione alla lista di attesa, deve essere correttamente identificato verificando la congruità dei dati della tessera sanitaria o carta d'identità con la ricetta dematerializzata, in particolare, cognome, nome, data di nascita, comune di residenza, sesso e codice Fiscale (CF).

Successivamente verrà generato il braccialetto identificativo di colore verde con Codice a barre corrispondente al Numero Nosologico.

In regime di Day Hospital e Day surgery il braccialetto ID dovrà essere mantenuto sul paziente fino ad avvenuto completamento della prestazione sanitaria giornaliera. La sua rimozione finale da parte dell'infermiere consentirà di assicurare l'Utente circa l'avvenuto completamento di tutto l'iter sanitario programmato in quella specifica giornata e dunque il regolare allontanamento dalla struttura sanitaria.

Nel caso in cui si renda necessario trattenere il paziente per la notte il braccialetto ID va mantenuto in situ fino alla dimissione.

- Se le giornate previste di accesso sono contigue, il braccialetto ID dovrà essere mantenuto sul paziente fino ad avvenuto completamento delle prestazioni sanitarie; la sua rimozione finale consentirà di assicurare l'Utente circa l'avvenuto completamento di tutto l'iter sanitario programmato.
- Se le giornate previste di accesso sono temporalmente lontane, il braccialetto ID dovrà essere rimosso al completamento della prestazione giornaliera e riconfezionato ad ogni successivo accesso.

Nelle UU.OO. di degenza il paziente deve essere correttamente identificato in numerosi momenti del processo di cura attraverso il controllo del braccialetto e/o richiedendo al paziente il proprio nome e cognome:

- prima della compilazione della documentazione sanitaria, compresi gli allegati;
- prima della stampa di etichette identificative;
- prima della somministrazione della terapia;
- prima di eventuali trasfusioni;
- prima di eventuali consulenze specialistiche;
- prima di ogni procedura invasiva;
- prima di ogni trasferimento del paziente verso altre UU.OO., verso la sala operatoria, verso i servizi di diagnostica per immagine;

- prima della dimissione.

Nel processo identificativo il paziente può essere collaborante o meno a seconda delle sue condizioni cliniche.

Paziente collaborante.

Il personale infermieristico/ostetrico verifica con il paziente i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita) e la loro corrispondenza con i dati riportati nel verbale di ricovero, registra i dati sulla cartella clinica e infermieristica all'atto del ricovero e genera il braccialetto identificativo.

Paziente non collaborante.

Il personale infermieristico/ostetrico verifica l'identità del paziente non collaborante, nei casi previsti per legge, attraverso tutore, legale rappresentante, amministratore di sostegno, convivente o unito civilmente, esercente la responsabilità genitoriale, fiduciario ai sensi dell'art 4 della l. 2019/2017.

Il personale riporta nel sistema ADT i dati anagrafici del paziente: nome, cognome, data di nascita e la loro corrispondenza con i dati riportati nel verbale di ricovero e registra i dati sulla cartella clinica e infermieristica all'atto del ricovero.

Verranno quindi stampate, dal programma di gestione reparto (ADT web) le etichette identificative e verrà generato e applicato al paziente il braccialetto ID.

Ricovero quale prosieguo di cura con provenienza da altra U.O..

- Qualora l'ammissione del paziente in U.O., a seguito di trasferimento da altra U.O. non comporti l'apertura di una nuova pratica amministrativo-sanitaria in ADT, ma mantenga il medesimo regime e nosologico di ricovero, il paziente sarà già regolarmente fornito di braccialetto ID pertanto se ne dovrà prevedere il regolare mantenimento.
- Qualora l'ammissione del paziente nell'U.O. costituisca prosieguo di cure sanitarie implicanti l'apertura di pratica amministrativo-sanitaria di ADT, per "nuovo regime di ricovero", occorre prevedere la rimozione del braccialetto ID precedentemente apposto e la contestuale tempestiva applicazione di nuovo braccialetto ID con etichetta-barcode generata da questo nuovo ricovero.

5.4. Identificazione corretta del paziente e delle Unità consegnate prima della trasfusione

Responsabilità dell'identificazione del paziente prima di effettuare trasfusioni di sangue o emoderivati: Dirigente Medico delle UU.OO. di riferimento con la collaborazione del personale infermieristico/ostetrico.

È necessario prevedere un doppio controllo, da parte dell'infermiere responsabile e del medico trasfusione, dell'identità tra ricevente e nominativo al quale l'unità è stata assegnata - All. VII del D.M. 2 novembre 2015 (vedi Allegato 4) e l'utilizzo di sistemi barriera (braccialetti) per la prevenzione dell'errore ABO.

Prima della trasfusione le unità di emocomponenti devono essere ispezionate per evidenziare l'eventuale presenza di anomalie e, in caso di riscontro di anomalie, le unità devono essere restituite al servizio trasfusionale per i provvedimenti del caso.

Il paziente candidato alla trasfusione di emocomponenti, preventivamente informato che tale procedura può non essere completamente esente da rischio, è **tenuto ad esprimere per iscritto il proprio consenso o dissenso, attraverso il modulo di consenso informato**. Il medico responsabile della trasfusione deve verificare la presenza in cartella del consenso informato sottoscritto dal paziente.

Un medico e un infermiere devono procedere ai controlli di identità, corrispondenza e compatibilità immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unità di emocomponenti con quelli della richiesta e della documentazione resa disponibile dal servizio trasfusionale, quali il referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente. Tali controlli devono essere documentati attraverso la compilazione iniziale del Mod H.

L'identificazione attiva del paziente deve avvenire attraverso un doppio controllo medico-infermiere al letto del paziente, individualmente dai due operatori sanitari immediatamente prima dell'inizio della trasfusione.

Viene effettuato con apposito lettore (palmare) l'identificazione degli operatori responsabili della trasfusione e rilevati i dati presenti nel braccialetto (barcode) incrociandoli con la richiesta e con l'etichetta allegata alla unità di trasfusione.

L'identificazione del ricevente deve sempre essere effettuata con la collaborazione del paziente, ove le sue condizioni cliniche lo consentano, mediante la richiesta di declinare attivamente le proprie generalità (nome, cognome e data di nascita) e deve sempre includere la verifica dei dati identificativi riportati sul braccialetto, confrontati con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere e sulla documentazione di assegnazione delle unità di emocomponente.

Per il paziente non collaborante l'identificazione attiva può essere effettuata attraverso un parente o tutore, se presenti e comunque con apposito lettore (palmare) il controllo del barcode presente sul braccialetto con la richiesta e con l'etichetta allegata alla unità di trasfusione; con lo stesso lettore vengono identificati gli operatori responsabili.

I controlli devono essere documentati e registrati su una scheda Mod H, secondo lo schema riportato compilata e sottoscritta da entrambi gli operatori.

Per maggiori dettagli compresi i moduli da compilare, si veda PDTA Buon Uso del Sangue Rev 1.

5.5. Consulenze specialistiche

Paziente collaborante Il Dirigente Medico in consulenza verifica l'identità del paziente chiedendogli il proprio nome, cognome e data di nascita. Verifica inoltre la corrispondenza dei dati riportati sulla cartella clinica con quelli riportati sul braccialetto ID.

Paziente non collaborante Il Dirigente Medico in consulenza si avvale della collaborazione del Dirigente Medico dell'U.O. di riferimento del reparto dove il paziente è ricoverato. Verifica inoltre la corrispondenza dei dati riportati sulla cartella clinica con quelli riportati sul braccialetto ID.

TRASFERIMENTO O DIMISSIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO

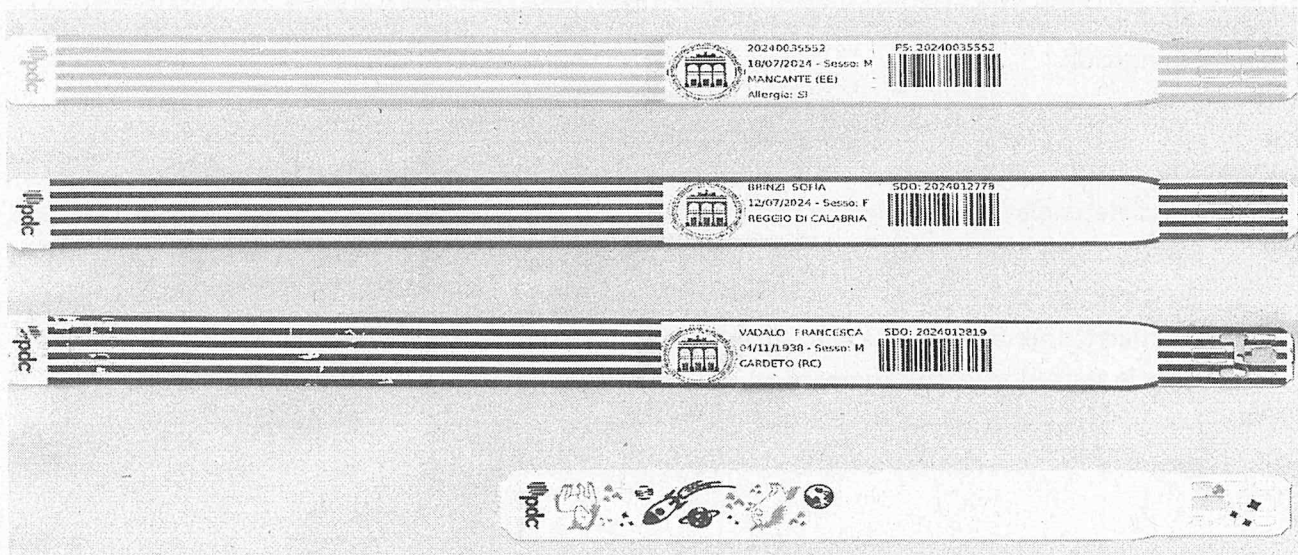
Dopo aver verificato l'identità del paziente il Dirigente Medico dell'U.O. prepara la lettera di dimissione/trasferimento con firma digitale che viene consegnata direttamente al paziente collaborante o ai familiari e agli accompagnatori per il paziente non collaborante. Prima che il paziente esca dal reparto viene rimosso il braccialetto identificativo da parte del Dirigente Medico con la collaborazione del personale infermieristico/ostetrico.

6. MATERIALI E STRUMENTAZIONE

Le U.O coinvolte nella procedura saranno dotate di stampanti termiche, lettori barcode e braccialetti di diversa tipologia in relazione al setting assistenziale. I braccialetti sono contenuti in una cartuccia che va inserita nella stampante termica con la quale è possibile stampare sul braccialetto le informazioni inerenti al paziente.

Requisiti di contenuto dei braccialetti:

- ✓ Nome e cognome; comune e data di nascita, sesso
- ✓ Allergie e uso di farmaci anticoagulanti
- ✓ Barcode (codice nosologico identificativo) per i pazienti ricoverati
- ✓ Codice di PS per i pazienti in triage
- ✓ Paziente sconosciuto con codice numerico univoco di P.S in triage



Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria

"Procedura per l'identificazione del paziente-utente"

Requisiti Organizzativi

Deve essere effettuata una campagna di informazione e formazione iniziale per tutti gli operatori, indispensabile per sensibilizzarli sull'importanza dello strumento e della procedura.

Deve essere effettuata una campagna di informazione per i visitatori e pazienti, con brochure cartacea posizionata negli spazi comuni di maggiore visibilità e in tutti i siti di maggiore afflusso degli utenti del G.O.M. e in formato digitale sui monitor dei presidi Riuniti e Morelli

Requisiti Tecnici.

- La rete aziendale deve essere stabile e perfettamente funzionante.
- Utilizzo di macchine PC.
- Installazione delle stampanti in ogni punto dove è possibile che sia applicato il braccialetto.
- La stampa deve essere possibile grazie alla presenza di un apposito pulsante sulla schermata principale dell'applicativo (1 click) che permetta la stampa contestuale del bracciale e del foglio di accettazione.

Devono essere previsti 2 pulsanti:

- Stampa bracciale
- Stampa foglio di accettazione

Non deve essere generata una preview del braccialetto (documento word, pdf, ecc) ma la stampa diretta. Per la segnalazione di allergie e uso di farmaci anticoagulanti si adottano di campi nel gestionale appositi flag per la segnalazione di queste informazioni e con la relativa stampa di Si o No in corrispondenza del relativo alert. Il gestionale deve essere in grado di generare in automatico identificativi univoci per i pazienti Sconosciuti.

Sono previste le seguenti tipologie di braccialetti ID a seconda degli specifici setting assistenziali:

- **Braccialetto giallo aziendale** con Codice di PS n° per i pazienti che accedono in ospedale da Pronto Soccorso generale, Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico e dalle discipline previste nei percorsi "fast track";
- **Braccialetto verde aziendale** con Barcode per tutti i regimi di degenza (ordinaria, DH, DS, APA, PAC) e per le trasfusioni di emocomponenti;
- **Braccialetto rosso aziendale** con Barcode per i ricoveri in urgenza-emergenza da Pronto Soccorso generale, Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico e dalle discipline previste nei percorsi "fast track";

- **Braccialetto Ministeriale** set multiplo madre-neonato da applicare al momento della nascita (Ostetricia, Neonatologia e TIN);
- **Braccialetto verde aziendale con Barcode per mamma**, da applicare al momento del ricovero ordinario da UOC ginecologia a cui si assocerà il braccialetto Ministeriale);
- **Braccialetto bianco aziendale con Barcode per neonato**, da applicare insieme al braccialetto Ministeriale madre-neonato, alla nascita.

Setting Assistenziale	Tipologia Bracciale	Dati	Misure di sicurezza (Art. 32 GDPR)
Accesso paziente adulto e pediatrico da triage di Pronto Soccorso generale, Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico e dalle discipline previste nei percorsi "fast track"	Braccialetto a stampa termica con codice PS n° Colore giallo	Cognome e Nome Data di nascita Logo azienda N° codice PS	Dimensione carattere di scrittura: font size: 10
Accesso paziente adulto e pediatrico da triage di Pronto Soccorso generale, Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico e dalle discipline previste nei percorsi "fast track" <u>Esitato in ricovero nelle U.O. (rimuovere braccialetto giallo di PS e apporre quello rosso)</u>	Braccialetto a stampa termica con Barcode Colore rosso	Cognome e Nome Data di nascita Logo azienda Barcode (N° nosologico ricovero)	Dimensione carattere di scrittura: font size: 10
Paziente in percorso ambulatoriale APA - PAC	Braccialetto a stampa termica con Barcode Colore verde	Cognome e Nome Data di nascita Logo azienda Barcode(N°nosologico)	Dimensione carattere di scrittura: font size: 10
Paziente adulto e pediatrico in ricovero diretto, ordinario, DH, DS	Braccialetto a stampa termica con Barcode Colore verde	Cognome e Nome Data di nascita Logo azienda Barcode (N° nosologico ricovero)	Dimensione carattere di scrittura: font size: 10
Neonato/madre da punto nascita GOM	Braccialetto identificazione set doppio anti manomissione "mamma-neonato" avente numero progressivo identificativo prestampato, conforme a Linee Guida Ministeriali 2001	Linee Guida Ministeriali Cognome e Nome madre Cognome e Nome neonato Peso Data nascita Ora/minuti	Dimensione carattere di scrittura: font size: 8 (neonato) font size: 10 (mamma)

	Braccialetto aziendale per mamma, a stampa termica con barcode Identificativo Colore verde	Cognome e Nome mamma Data di nascita Logo azienda Barcode (N° nosologico ricovero)	Dimensione carattere di scrittura: font size: 10
	Braccialetto neonato a stampa termica con barcode Identificativo Colore bianco	Cognome e Nome neonato Data nascita Barcode (N° nosologico ricovero)	Dimensione carattere di scrittura: font size: 8
Neonato da P.S.	Braccialetto con Barcode Nome cognome Logo azienda e bambini Colore bianco	Cognome e Nome neonato Peso Data nascita Barcode (N° nosologico ricovero)	Dimensione carattere di scrittura: font size: 8

6.1. Attività comuni a tutti i setting assistenziali dei pazienti ricoverati

- a) applicazione del braccialetto ID, modalità operative;
- b) lettura dati riportati sul braccialetto per corrispondenza ID paziente;
- c) eventuale sostituzione del braccialetto ID;
- d) rimozione del braccialetto ID;
- e) smaltimento.

a) Applicazione del braccialetto ID, modalità operative

1. Generare il braccialetto ID paziente dopo aver accertato la corrispondenza delle generalità del paziente mediante tessera sanitaria e documento identificativo (carta identità, passaporto, patente, ecc.) con documentazione sanitaria;
2. informare il paziente, ove possibile, in merito ai suoi diritti in materia di protezione dati, acquisire il consenso al trattamento dei dati personali e le informazioni sullo stato di salute, raccomandare di non rimuovere il braccialetto durante l'intero percorso di cura, ai fini della sicurezza delle cure;
3. apporre il braccialetto ID, di norma su arto superiore destro o sinistro del paziente, per maggior facilità, comodità e accessibilità d'uso da parte degli operatori medesimi. È possibile tuttavia prevedere il posizionamento dello stesso in altra parte del corpo quale gli arti inferiori, nel caso di esistenza di situazioni ad esempio di natura traumatica o di esigenze di natura clinica (esempio: presenza di fratture arti superiori, ferite, ustioni, posizionamento di aghi cannula, ecc....);
4. l'apposizione del braccialetto dovrà avvenire in maniera sicura per "completo-corretto fissaggio sul paziente" e per "giusta e sicura larghezza" dello stesso sull'arto, al fine di evitare che possa essere facilmente sfilato e perdersi, o essere rimosso accidentalmente o anche volontariamente dal paziente.

Dovrà di contro, non indurre/provocare danni locali alla cute, alla circolazione, ecc. qualora fosse impropriamente posizionato eccessivamente stretto.

Responsabilità sull'atto:

- personale infermieristico/ostetrico che prende in carico il/la paziente sia in fase di Triage di Pronto Soccorso sia per l'accesso diretto nelle UU. OO. di degenza per ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery;
- operatori amministrativi di front office per l'accesso programmato da area amministrativa

Raccomandazioni.

L'operatore che digita e verifica i dati del paziente deve stampare e applicare il braccialetto in prima persona senza delegare. Nessun dato deve essere trascritto manualmente sul braccialetto.

Nei casi di omonimia incrociare i dati della tessera sanitaria, documentazione clinica e verifica verbale dell'identità(ove possibile) con i dati del braccialetto.

b) Lettura dati ID riportati sul braccialetto per corrispondenza ID paziente.

Responsabilità sull'atto: tutti gli operatori dell'Azienda, di tutte le qualifiche/ruoli, in ragione della loro funzione di natura professionale o anche tecnico-operativa sono tenuti, prima di effettuare qualsiasi prestazione diagnostico-terapeutica a verificare, mediante braccialetto, la corrispondenza tra il trattamento/servizio da erogare, documentazione sanitaria e destinatario (Utente/paziente) dello stesso.

La corrispondenza dei dati deve essere effettuata:

- direttamente mediante "lettura a vista" da parte dell'operatore che confronta anagrafica Utente e prestazione da erogare ricercando sempre cognome, nome e data di nascita riportata sulla richiesta;
- mediante "impiego di lettore " per la lettura ottica di barcode univoco ID paziente, presente nel braccialetto.

c) Eventuale sostituzione del braccialetto ID.

Responsabilità sull'atto: personale infermieristico/ostetrico.

Corresponsabilità: Coordinatore infermieristico/ostetrico.

La sostituzione del braccialetto deve sempre essere prassi salvaguardata con tempestività e deve sempre avvenire in tutti i seguenti casi:

1. danneggiamento del braccialetto ID;
2. smarrimento del braccialetto ID;
3. rimozione "forzata" da esigenze cliniche;
4. variazione dati paziente su etichetta barcode.

1. Danneggiamento del braccialetto ID: può lacerarsi accidentalmente, perdere la chiara leggibilità dei dati ivi contenuti per effetto della scoloritura soprattutto nelle situazioni di ricovero prolungato, essere

danneggiato volontariamente dal paziente poco collaborante o essere accidentalmente danneggiato in corso di procedure varie.

2. Smarrimento del braccialetto ID: può essere accidentalmente "smarrito" dal paziente, laddove posizionato in maniera non sicura e pertanto può essere facilmente sfilato. Si richiama pertanto la necessità di rispettare un corretto posizionamento per larghezza sull'arto, che riduca/elimini il più possibile tale accadimento.

3. Rimozione forzata del braccialetto ID per esigenze cliniche: è possibile che durante il ricovero ci sia la necessità di dover rimuovere il braccialetto ID per varie ragioni: necessità dell'arto libero per procedure diagnostico-terapeutiche, situazioni accidentali di comparsa di decubiti/lesioni cutanee locali su sede bracciali ID... etc.

4. Variazione dati ID paziente su etichetta dati barcode: la sostituzione del braccialetto ID deve essere attuata ogni qualvolta dovessero verificarsi delle variazioni nei dati identificativi riportati sull'etichetta che possono riguardare:

- il nosologico del ricovero (es. a seguito del trasferimento ad altro regime di ricovero);
- accertamento di errore sulle generalità del paziente commesso in fase di accettazione;
- acquisizione delle generalità anagrafiche del paziente in fase successiva al ricovero. In questo caso, dopo l'identificazione del paziente verrà assegnato un nuovo braccialetto. Il braccialetto temporaneo assegnato al momento del ricovero sarà rimosso solamente quando saranno stati "recuperati" tutti gli esami diagnostici nel frattempo effettuati.

d) Rimozione del braccialetto ID.

Responsabilità sull'atto: personale infermieristico/ostetrico.

Corresponsabilità: Coordinatore infermieristico/ostetrico.

La rimozione del braccialetto ID deve sempre coincidere con l'atto della dimissione dall'U.O. di degenza e dall'ospedale ed il ritorno al domicilio del paziente, per conclusione del percorso sanitario di cura.

e) Smaltimento ID.

Responsabilità sull'atto: personale infermieristico/ostetrico.

Lo smaltimento del braccialetto ID deve avvenire mediante deposito in raccolta differenziata "plastica" previo taglio in più parti sui dati identificativi del paziente (es.: nome, cognome, data di nascita ecc).

6.2. Casi e situazioni particolari per tipologia di setting assistenziale.

Paziente non immediatamente identificabile per ID.

In caso di paziente non identificabile perché incosciente, non collaborante, non in grado di capire/comprendere la lingua parlata, non accompagnato da nessuno che possa attestare le generalità identificative personali e privo di documenti, attenersi alle regole già vigenti di accesso, con "codice triage accettazione d'urgenza" ed applicare il braccialetto che, in automatico, viene generato con codice ID proprio (codifica univoca). V. paragrafo 2- b e c

Tale braccialetto ID provvisorio dovrà rimanere posizionato sul paziente fino a quando non si sarà riusciti ad effettuare un corretto riconoscimento delle generalità della persona, in esito al quale si procederà a predisporre nuovo braccialetto.

Eccezionali esigenze sanitarie del paziente che propendono per il mancato impiego di braccialetto ID.

Eccezionali ed inderogabili ragioni di natura sanitaria che dovessero imporre una mancata applicazione del braccialetto ID dovranno altrettanto essere valutate e concertate come scelta d'equipe medico-infermiere/ostetrica. Tutta l'equipe clinico-assistenziale, anche per il tramite delle consegne verbali e scritte, dovrà essere messa a conoscenza di tale situazione, ai fini di poter accertare una sicura identificazione del paziente, con attivazione di alternative modalità di corretto accertamento dell'identità del paziente, prima di qualsiasi trattamento diagnostico o terapeutico a suo carico.

Braccialetto ID e tracciabilità nella documentazione sanitaria del paziente.

La mancata apposizione del braccialetto ID, a qualsiasi titolo/ragione di carattere sanitario o di rifiuto del paziente, dovrà essere tracciato/documentato sulla documentazione sanitaria del paziente.

Rifiuto del paziente all'uso del braccialetto ID.

Premesso che occorre sempre spiegare al paziente finalità e scopo dell'utilizzo del braccialetto, nel caso di rifiuto o anche di comportamenti non collaborativi del paziente, è fatto obbligo dare evidenza-tracciabilità del mancato posizionamento del braccialetto sulla documentazione sanitaria, precisandone chiaramente ed esaurientemente, anche ai fini di tutela medico-legale, le ragioni dell'impossibilità di applicazione.

Quanto sopra, a seconda dello specifico setting assistenziale:

- in Triage, Pronto Soccorso: su apposito campo "note" della schermata informatica del Triage ed eventualmente riportarlo anche nella restante documentazione sanitaria che è stampabile;
- in degenza/ricovero: sulla cartella clinica del paziente.

Responsabilità dell'atto: Dirigente Medico UU.OO. e personale infermieristico/ostetrico del Triage, ciascuno per propria responsabilità di redazione/compilazione della documentazione sanitaria.

Corretta identificazione della salma.

La corretta identificazione della persona deve essere assicurata, per le conseguenti responsabilità medico-legali, anche nel caso di avvenuto decesso, laddove la salma dovrà essere successivamente trasportata presso i locali della Camera Mortuaria di Presidio.

Pertanto in tutti i sotto elencati casi di:

- a) paziente "giunto cadavere" in Pronto Soccorso;
- b) paziente deceduto in Pronto Soccorso;
- c) paziente deceduto presso l'U.O. di degenza;
- d) neonato nato morto.

Durante il trasporto all'interno dell'ospedale, la salma dovrà mantenere lo specifico braccialetto ID e dovrà essere accompagnata da:

- a. documentazione sanitaria di pronto soccorso o di ricovero (cartella clinica);
- b. documento "scheda di morte" (ISTAT) redatta nell'U.O. di provenienza.

a) Paziente giunto cadavere in P.S.

Prevedere sempre il posizionamento del braccialetto ID generato dal sistema informatico, al fine di consentire la corretta identificazione della salma in tutto il successivo iter medico-legale del caso. Nel caso in cui la salma non fosse immediatamente identificabile per irreperibilità delle sue generalità, attenersi a quanto previsto per "l'accettazione d'urgenza triage" che consentirà comunque di generare un braccialetto con dati aventi univocità di codifica.

b,c,d)Pazienti deceduti in Pronto Soccorso , presso l'U.O. di degenza e per i neonati nati morti, già identificati e con braccialetto ID, dovrà essere redatta la "scheda di morte" (ISTAT) e dovranno mantenere lo specifico braccialetto nel trasporto presso i locali della Camera Mortuaria di Presidio.

7. "L'EVENTO PARTO": NEONATO E MAMMA

Responsabilità dell'atto di stampa e applicazione dei braccialetti ID: Personale ostetrico e/o neonatologo in base al tipo di parto.

Modalità operative.

La presente procedura prevede l'applicazione dei braccialetti conformi alle Linee Guida Ministeriali 2001 "bracciale doppio antimanomissione madre-neonato" al momento del parto e i braccialetti identificativi Aziendali con nome cognome, data di nascita, sesso, barcode per mamma e neonato.

Il personale ostetrico/neonatologo descrive la procedura di applicazione dei braccialetti alla **"mamma" partoriente:**

- il set doppio ancora unito del braccialetto ID, "Modello set anti manomissione madre-neonato", in cui sono presenti il numero prestampato comune a mamma e neonato/i con i dati identificativi della mamma, accertandosi della corrispondenza delle informazioni.
- il braccialetto aziendale "mamma" già presente al polso dal ricovero con i dati identificativi.

Il numero prestampato braccialetto anti manomissione madre-neonato dovrà risultare anche agli atti della documentazione sanitaria, rispettivamente della cartella mamma ed anche della cartella bambino.

Identificazione della "mamma" partoriente e neonato/i tramite braccialetti

Tempo 1: momento del ricovero della donna partoriente:

Ogni donna gravida che viene accettata presso l'U.O. di Ostetricia deve essere correttamente identificata, in base alla tipologia d'accesso (Pronto Soccorso o ricovero ordinario) ed applicato:

- **Braccialetto verde aziendale** con Barcode **se ricovero ordinario** da UOC Ostetricia Ginecologia a cui si assocerà "braccialetto doppio antimanomissione madre-neonato/i";
- **Braccialetto rosso aziendale** con Barcode, **se ricovero in urgenza** da P.S. UOC Ostetricia Ginecologia, a cui si assocerà "braccialetto doppio antimanomissione madre-neonato/i";

Tempo 2: momento dell'evento nascita ed applicazione braccialetti a mamma e bambino/i:

parto fisiologico: il personale (ostetrico/neonatologa) che prende in carico la donna gravida assistendola al parto fisiologico ha la responsabilità di provvedere a identificare e registrare su ADT il neonato, generando il braccialetto con dati identificativi, barcode aziendale e di applicare anche il "braccialetto doppio antimanomissione madre-neonato". Entrambi i braccialetti dovranno essere applicati immediatamente dopo il parto e comunque all'interno della sala parto, prima che il neonato stesso lasci l'isola neonatale per il prosieguo delle cure neonatali.

parto cesareo: Stante che oggi la maggior parte dei parti cesarei avviene in regime di anestesia spinale, la partoriente sarà di norma altrettanto in grado, per stato di coscienza, presso la sala operatoria, di poter riconoscere e validare la corrispondenza univoca dei numeri dei due braccialetti anti manomissione ancora uniti "mamma-bambino", nel rispetto della procedura più sopra descritta. Nei casi di anestesia generale della partoriente, si suggerisce di norma fare effettuare preliminarmente alla donna il riconoscimento della corrispondenza univoca dei numeri bracciali mamma-bambino, prima dell'induzione anestesologica provvedendo altresì all'immediata applicazione degli stessi appena il neonato risulterà nato.

Nel caso in cui il neonato, nato immaturo o prematuro avesse necessità di cure in Terapia Intensiva Neonatale viene trasferito con entrambi i braccialetti applicati.

Il neonatologo che prende in carico il neonato, ha la responsabilità di identificare e registrare su ADT il neonato generando ed applicando il braccialetto aziendale con dati identificativi e barcode, che deve essere applicato al neonato insieme al braccialetto anti manomissione con numero prestampato corrispondente a quello della mamma.

Entrambi i braccialetti dovranno essere applicati immediatamente dopo il parto e comunque all'interno della sala operatoria, prima che il neonato stesso lasci il blocco operatorio per il prosieguo delle cure neonatali.

7.1. Casi e situazione particolari per mamma e neonato

Sostituzione del braccialetto ID per danneggiamento.

Nel caso di necessaria sostituzione del braccialetto ID a carico di uno dei due soggetti (mamma o bambino) per fuoriuscita accidentale, danneggiamento, rimozione forzata per esigenze cliniche o altro ancora, si dovrà procedere alla sostituzione congiunta dei due braccialetti, registrando l'avvenuta sostituzione nella documentazione sanitaria con la specifica del nuovo numero seriale/prestampato.

Parti plurimi.

In caso di parto plurimo ogni singolo neonato sarà dotato di un braccialetto antimanomissione con numero progressivo corrispondente alla cronologia della nascita.

Alla puerpera verrà applicato il corrispondente braccialetto antimanomissione applicato ad ogni neonato.

Neonato non riconosciuto dalla madre.

Nel caso di non riconoscimento genitoriale da parte della puerpera, per la corretta identificazione del neonato sono utilizzati il braccialetto ministeriale antimanomissione e il braccialetto aziendale con barcode, applicati immediatamente subito dopo la nascita.

Neonato nato al di fuori del "punto nascita" ospedaliero.

Nel caso di neonato nato al di fuori del punto nascita (es. domicilio, in itinere) che necessita di ricovero, spetta al personale sanitario che ha prestato per primo l'assistenza o che per primo ha verificato l'evento nascita essere garante dell'identità del neonato e della corrispondenza puerpera-neonato.

L'applicazione del braccialetto ID dovrà essere tempestiva e, nel caso in cui anche la puerpera sia ricoverata, occorre verificare la corrispondenza tra braccialetto mamma e braccialetto del "numero seriale" prestampato verificando, altresì, che la puerpera ed anche eventuale persona di riferimento presente al parto abbia accertato e confermato tale corrispondenza.

8. IDENTIFICAZIONE CORRETTA DEL PAZIENTE/UTENTE E NORME SULLA PRIVACY-TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Qualsiasi procedura di corretta ID del paziente/Utente finalizzata alla sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dovrà in tutti i casi rimanere vincolata da parte di tutti gli operatori al rispetto del corretto trattamento dei dati personali come da disposizioni vigenti in materia.

Inoltre, il GOM adotta misure tecniche ed organizzative tali da assicurare che i dati personali siano trattati in maniera adeguata a garantirne la sicurezza.

Nel caso specifico, la misura tecnica individuata per garantire la riservatezza così come enunciato all'art. 32 del GDPR è l'utilizzo di braccialetti con barcode e dati identificativi, nome, cognome, data di nascita, generati con caratteri di scrittura e dimensioni tali da permettere una lettura solo a distanza ravvicinata (quindi solo al personale autorizzato).

9. DIVULGAZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura dopo l'approvazione sarà pubblica ed accessibile sia sul sito aziendale che presso tutti i reparti e servizi aziendali.

La brochure informativa per pazienti e famiglie, sarà disponibile cartacea negli spazi comuni e in tutti i siti di maggiore afflusso degli utenti del G.O.M. e in formato digitale sui monitor dei presidi Riuniti e Morelli.

10. INDICATORI DI PERFORMANCE

Almeno 2 indagini di prevalenza/anno a cura degli Uffici Infermieristici dei Presidi:

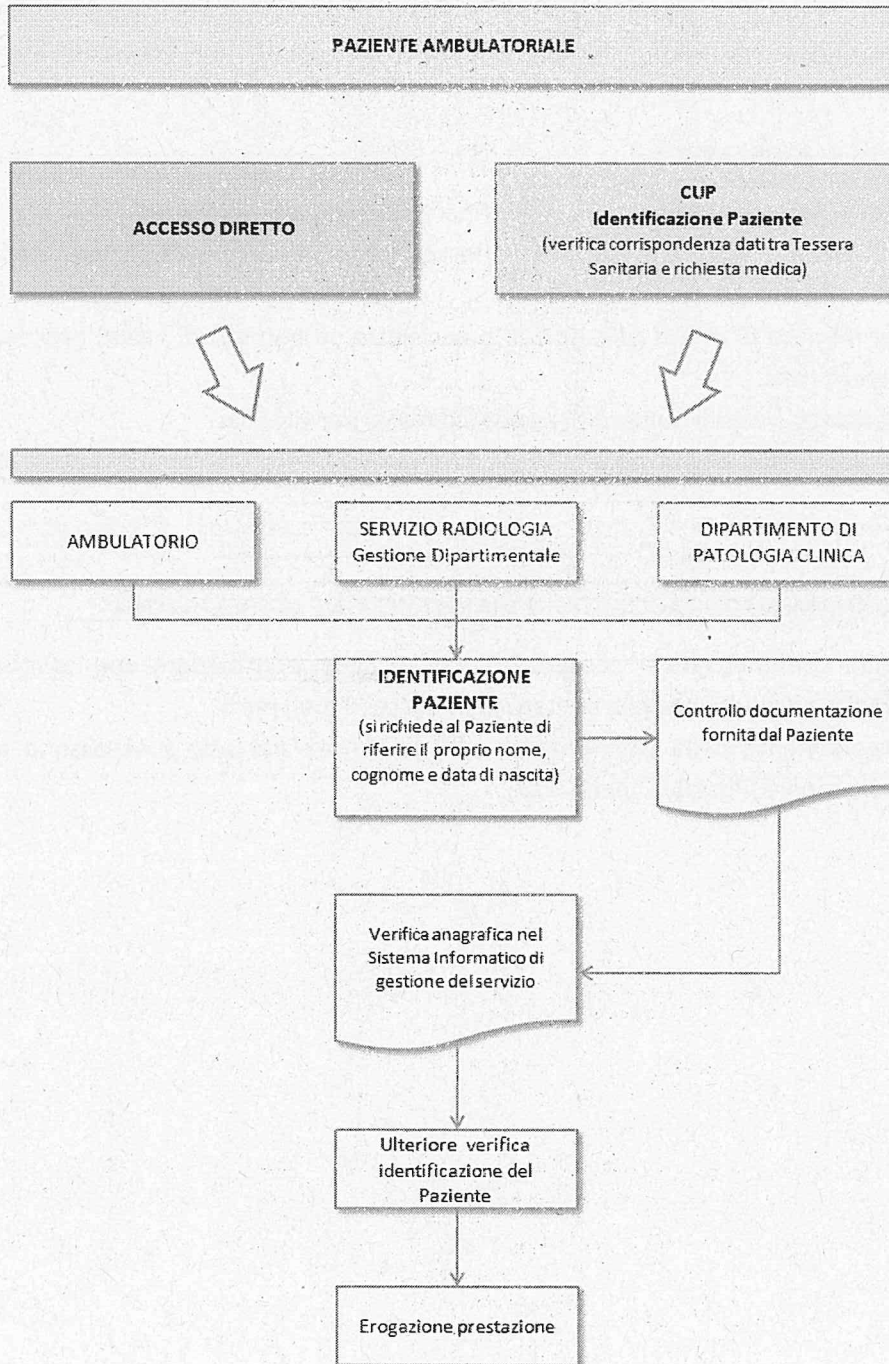
1. valutazione del numero di pazienti portatori di braccialetto su numero di pazienti ricoverati in giorno determinato;
2. valutazione del numero di utenti portatori di braccialetto su numero di utenti processati in Triage in giorno e ora determinati;
3. numero di braccialetti verso il numero di pazienti dimessi per UU.OO.
4. Numero eventi sentinella, eventi avversi, near miss dovuti a errori di identificazione del paziente per anno.

11. APPROVVIGIONAMENTO BRACCIALETTI E MANUTENZIONE ATTREZZATURA

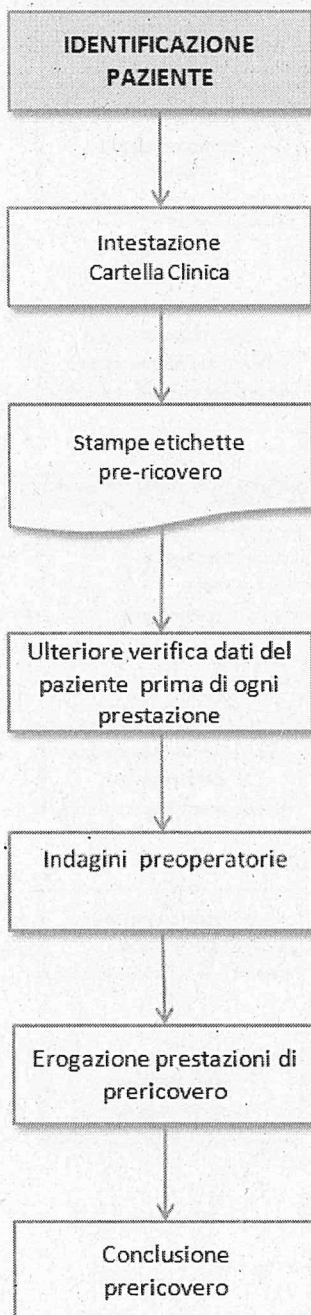
Le UU.OO. dovranno contabilizzare il consumo dei braccialetti e richiedere con congruo anticipo alla Direzione Medica di Presidio il fabbisogno stimato per i successivi sei mesi.

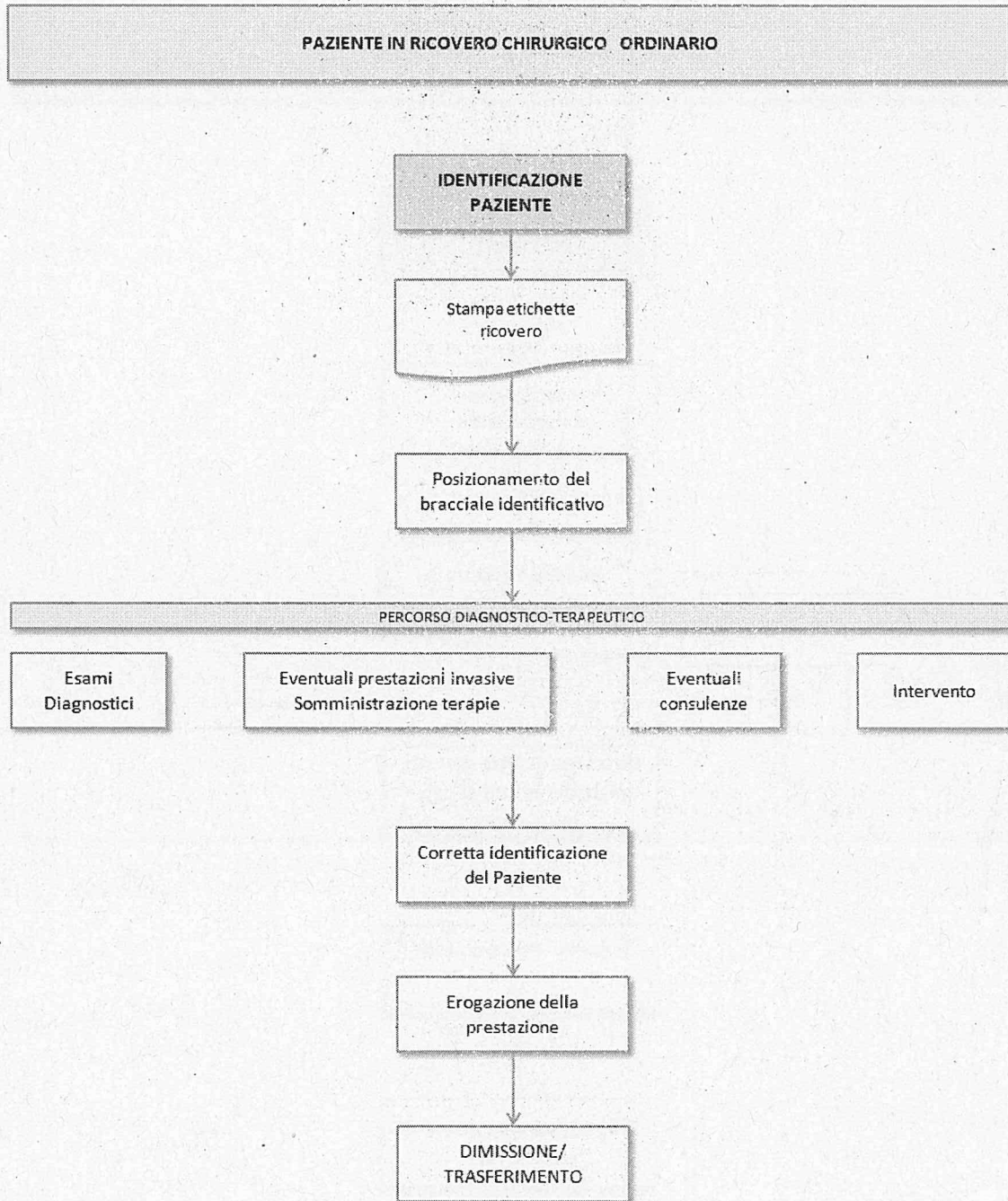
In caso di malfunzionamento della *etichettatrice* e/o del *lettore barcode* è necessario aprire un ticket tramite il tradizionale canale (Portale Dipendente).

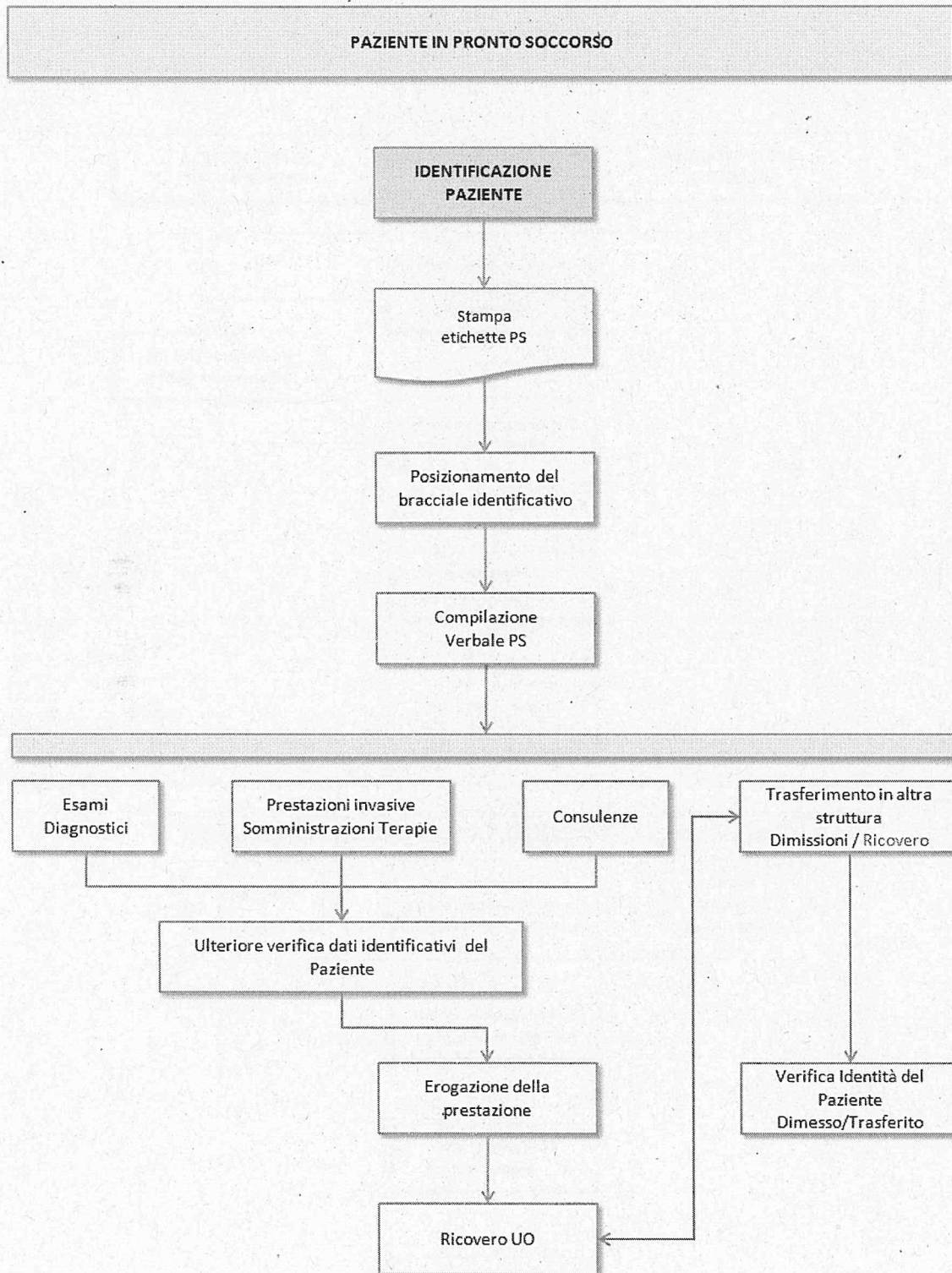
12. FLOW-CHART

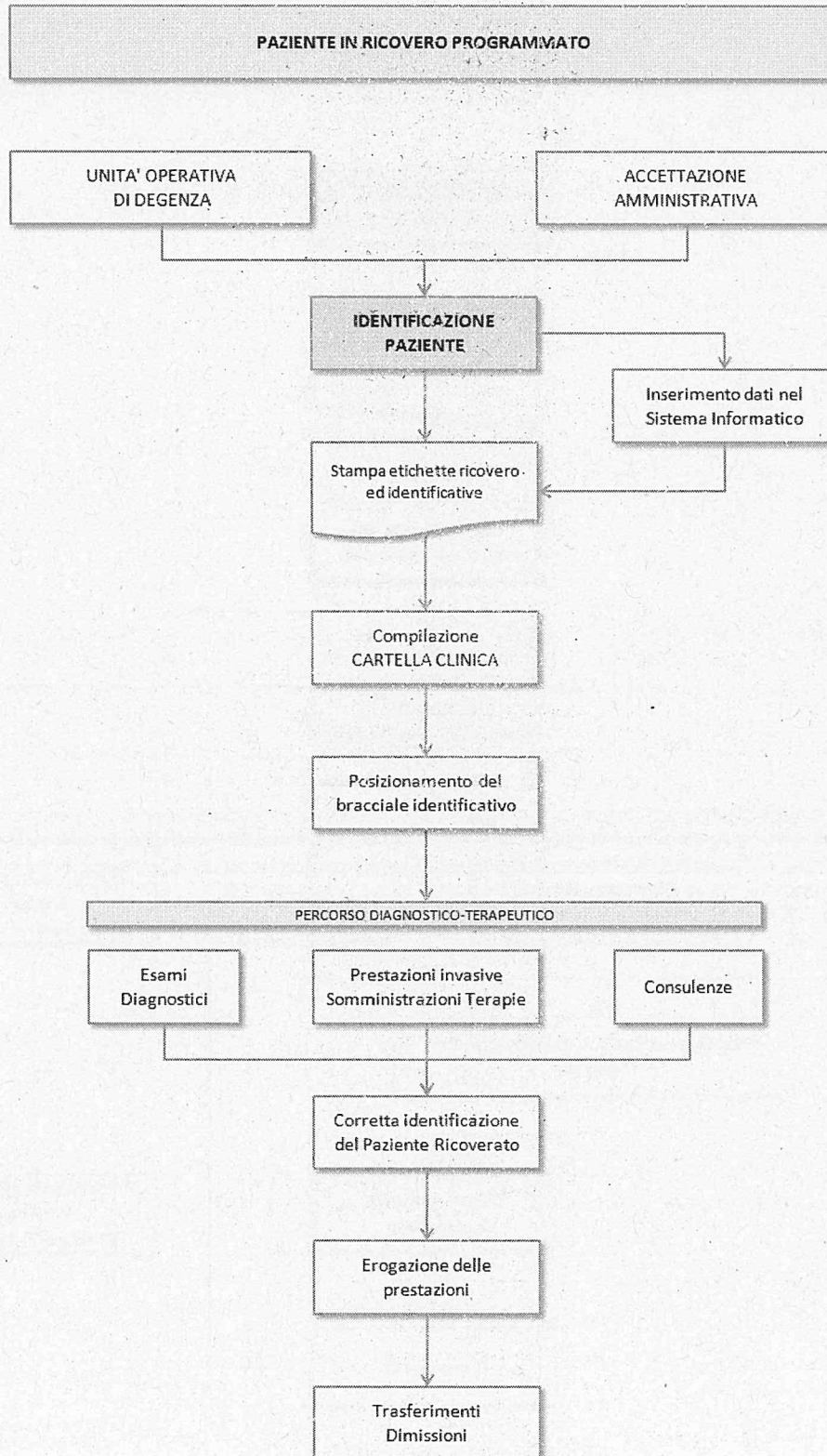


PAZIENTE IN PRE-RICOVERO CHIRURGICO









13. DEFINIZIONI E GLOSSARIO

ID	abbreviazione di "identità", riferita "alle generalità" che identificano nello specifico ogni persona distinguendola al tempo stesso da tutte le altre;
G.O.M.	Grande Ospedale Metropolitan
P.O.	Presidio Ospedaliero;
U.O.	Unità Operativa;
U.O.S.D.	Unità Operativa Semplice Dipartimentale;
ADT	Gestionale dei ricoveri (Accettazione Dimissione Trasferimento);
J.C.I.	Joint Commission International; <i>* Per altrettante specifiche responsabilità sulle singole qualifiche/ruoli si rimanda al dettaglio descrizione delle singole attività, di cui a tutti successivi paragrafi.</i>
CUP	Centro Unico di Prenotazione
PS	Pronto Soccorso
CF	Codice Fiscale
S.I.M.T.	Servizio Immuno Trasfusionale
CC	Cartella Clinica
IT	Infermiere di Triage
APS	Autorità di Pubblica Sicurezza
APA	Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali)
PAC	(Pacchetti Ambulatoriali Complessi)

14. RIFERIMENTI

Raccomandazioni Ministeriali:

- *Raccomandazione n. 3 luglio 2006: La corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;*
- *Raccomandazione n. 7 settembre 2010: Prevenzione della morte, coma o grave danno da errori derivati da errori in terapia farmacologica;*
- *Linee guida sulle modalità per l'identificazione del neonato al momento della nascita" Accordo Conferenza permanente Stato Regioni e Prov. Autonome Trento e Bolzano del 22 novembre 2001.*

Ministero della Salute - Osservatorio Nazionale sugli "eventi sentinella":

Costituiscono "eventi sentinella" tutte le sotto citate situazioni che possono derivare, tra le possibili cause, da una errata identificazione del paziente:

- *Procedura in paziente sbagliato,*
- *Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte),*
- *Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO,*

- *Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.*

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".*
- *A.O. "G. Salvini" – Garbagnate Milanese.*
- *AOU della salute e della scienza Città di Torino "Modalità per la corretta identificazione del paziente".*
- *Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia "Corretta identificazione del paziente".*

15. ALLEGATI

Documenti allegati alla presente:

- *Brochure "Informativa identificazione paziente"*