

## Identificazione dei pazienti

Rev. 01/RM Del 16/10 /2020	Approvata da: Comitato Rischio Clinico	Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott. Raffaele Elia	Autorizzato alla diffusione da: Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò
Pag. 1 di 5		<i>Comitato Rischio Clinico</i>	

## INDICE

1.	Scopo
2.	Campo di applicazione
3.	Destinatari
4.	Modalità di svolgimento delle attività 4.1 Pazienti in Pronto Soccorso 4.2. Pazienti ricoverati
5.	Responsabilità
6.	Distribuzione del protocollo
7.	Terminologia e abbreviazioni
8.	Storia del protocollo
9.	Indicatori e monitoraggio
10.	Riferimenti bibliografici

Riferimenti chiave del protocollo				
Capitolo Manuale JCI	Argomento specifico	ICD 9-CM / MeSH	Legislazione	MeSH
IPSG 1	Identificazione del paziente			



### **1) Scopo**

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale del paziente e possono riguardare pazienti sedati o disorientati, ma anche pazienti vigili.

L'obiettivo di questo protocollo è duplice:

- identificare un individuo in modo attendibile, in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento;
- verificare la corrispondenza tra il trattamento e l'individuo.

È necessario migliorare il processo di identificazione del paziente soprattutto in particolari momenti quali la somministrazione di farmaci, trasfusione di sangue ed emocomponenti, esecuzione di un prelievo di sangue o altri campioni biologici e di ulteriori terapie o procedure.

L'identificazione del paziente prevede diverse modalità: il nome del paziente, un numero di identificazione univoco, la data di nascita e la check list ([protocollo check list.pdf](#)) in uso nelle sale operatorie. Il numero di stanza, letto o reparto del paziente non possono essere utilizzati in quanto non affidabili.

### **2) Campo di applicazione**

Il protocollo si applica a tutte le Unità Operative della Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa relativamente all'identificazione del paziente nei seguenti casi:

- somministrazione di farmaci;
- trasfusione di sangue ed emocomponenti (vedi protocollo Securblood);
- prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici;
- esecuzione di altre terapie o procedure;
- esecuzione interventi chirurgici

Gli ambiti considerati dal protocollo si riferiscono a:

- Pronto Soccorso
- ricoveri e prestazioni diagnostico-terapeutiche ospedaliere, territoriali ed assistenziali.

### **3) Destinatari**

Il protocollo deve essere utilizzato da tutto il personale sanitario e di supporto di tutte le UU.OO. dei PP.OO. della Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.



#### 4) Modalità di svolgimento delle attività

##### 4.1. Pazienti in Pronto Soccorso

Al paziente, identificato dall'infermiere di triage mediante documento d'identità, viene rilasciato il verbale che, oltre a contenere tutte le informazioni anagrafiche, il sospetto diagnostico, il codice colore assegnato, riporta pure un codice numerico univoco di 10 cifre generato automaticamente dal sistema informatizzato, che accompagnerà il paziente durante la sua permanenza in ospedale. Le ultime tre cifre di questo codice vengono utilizzate per la chiamata del paziente nella sala d'attesa. I pazienti che giungono in PS, trasportati dal 118, vengono identificati con un'apposita scheda. Ai pazienti non coscienti o che non sono in condizione comunque di dichiarare le loro generalità e che sono sprovvisti di documenti di riconoscimento, il sistema informatizzato assegna automaticamente la dicitura IGNOTO\* seguito da un numero progressivo univoco che consentirà, al momento dell'acquisizione delle generalità del paziente, l'abbinamento al numero progressivo precedentemente assegnato.

##### 4.2. Pazienti ricoverati o che accedono ai servizi ospedalieri, territoriali ed assistenziali di diagnosi e cura

Tutto il personale sanitario e di supporto, che si trova coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni individuali al paziente, deve effettuare la corretta identificazione dello stesso in tutte le seguenti situazioni:

- somministrazione di farmaci;
- trasfusione di sangue ed emocomponenti;
- effettuazione di prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici;
- esecuzione di procedure diagnostico - terapeutiche

La modalità corretta di identificazione del paziente prevede tre passaggi:

1. verifica verbale: l'operatore chiede 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 ?");

2. confronto tra il punto sopra riportato e la documentazione relativa alla prestazione in atto:

l'identificazione deve essere eseguita ad inizio turno dall'operatore, immediatamente prima di adottare le procedure e i trattamenti sopracitati.

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

3. A tutti i pazienti verrà applicato, a cura del personale infermieristico della U.O. accettante, un apposito braccialetto identificativo riportante, con scritta indelebile, un Barcode univoco, Nome –



Cognome – Data di nascita e, nel caso di paziente “ Ignoto “, verrà trascritto sul braccialetto identificativo il numero progressivo di accettazione accanto alla dicitura “Ignoto”.

### **5) Responsabilità**

Tutti gli operatori che partecipano al processo di diagnosi, di cura e di assistenza del paziente sono responsabili dell’applicazione dei comportamenti definiti dal protocollo.

I Direttori e i Coordinatori infermieristici di tutte le Unità Operative sono tenuti a garantire l’applicazione del protocollo presso la propria struttura.

Tale procedura, previa sottoscrizione, è a disposizione di tutti i dipendenti nella cartella di reparto riservata alle procedure in uso.

### **6) Distribuzione del protocollo**

Il protocollo viene diffuso a tutte le UU.OO.

Tale procedura, previa sottoscrizione, è a disposizione di tutti i dipendenti nella cartella di reparto riservata alle procedure in uso.

### **7) Terminologie e abbreviazioni**

Non sono stati usati termini specifici.

### **8) Storia del protocollo**

Il presente protocollo viene approvato in data \_\_\_\_\_. La prossima revisione/aggiornamento è prevista dopo 2 anni dall’approvazione del documento.

### **9) Indicatori e monitoraggio**

Le Direzioni Sanitarie di Presidio controlleranno periodicamente che nelle UU.OO., nei servizi e negli ambulatori venga rispettato quanto richiesto.

L’U.O.S. di Qualità e Rischio Clinico, inoltre, provvederà ad effettuare verifiche interne a cadenza annuale.

### **10) Riferimenti normativi e bibliografici**

- Joint Commission International. Gli standard Joint Commission International per l’accreditamento degli ospedali. 3 ed. Milano: Progea, 2007.

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

- Raccomandazione n. 3, marzo 2008 “Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura” – Ministero della Salute.