



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Apprendere dagli errori...

Un viaggio nella sicurezza

Perché dobbiamo occuparci della sicurezza del paziente?

Cosa vi viene in mente se parliamo di "sicurezza del paziente"?



Perché è un diritto fondamentale del paziente

Ogni persona ha diritto a ricevere cure sicure e di qualità.



Perché gli errori accadono

Gli eventi avversi legati all'assistenza sono frequenti e spesso evitabili.
(Esempio: 1 su 10 pazienti ricoverati subisce un danno evitabile – OMS)



Perché è una responsabilità professionale

L'infermiere è figura chiave nella prevenzione degli errori.



Perché migliora la qualità dell'assistenza

Sicurezza = cure più efficaci, fiducia del paziente, minori costi per il sistema sanitario.



Perché la sicurezza si impara

Essere consapevoli e formati è il primo passo per agire in modo sicuro.

Cos'è la sicurezza del paziente?

Definizione chiave (OMS):

“La sicurezza del paziente è la prevenzione del rischio di danni evitabili associati all’assistenza sanitaria.”





Perché gli errori accadono?

Cause comuni di errore:

- Comunicazione inefficace tra operatori
- Identificazione errata del paziente
- Procedure non seguite correttamente
- Sovraccarico di lavoro e stanchezza
- Mancanza di formazione o aggiornamento

Publicato nel 1999
dall'IOM (oggi National
Academy of Medicine).

Ha scosso il mondo sanitario
dichiarando che **fino a
98.000 persone muoiono
ogni anno negli ospedali
americani a causa di
errori evitabili.**

Il messaggio centrale: **gli
errori in sanità non sono
rari né casuali, ma
sistematici e prevenibili.**



Da dove nasce l'attenzione verso la Sicurezza?
Dall' aeronautica!



In sanità si chiama "*Rischio Clinico*" e si occupa di sicurezza del paziente

🧩 Cos'è la gestione del rischio clinico?

Insieme di azioni sistematiche e coordinate per **identificare, prevenire e ridurre** i rischi associati all'assistenza sanitaria.

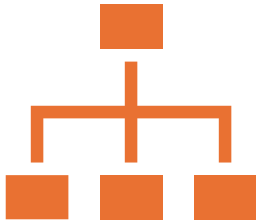
🎯 Obiettivo principale:

💡 **Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza**, prevenendo eventi avversi evitabili.

🔧 Come si realizza?

- Analisi degli eventi e dei quasi-errori (near miss)
 - Formazione del personale
 - Applicazione di **procedure, raccomandazioni e buone pratiche**
 - Cultura della segnalazione e del miglioramento continuo
-

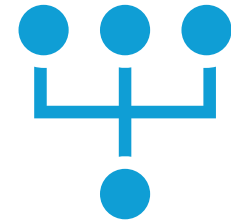
Approccio sistemico alla sicurezza del paziente



Responsabilità: **Del sistema:** procedure, risorse, tecnologie, **Dell'organizzazione:** cultura, formazione, gestione dei **rischi**, **Individuale:** consapevolezza, competenza, comportamento



Complessità: Sistemica: interazione tra variabili tecniche, umane e ambientali, Organizzativa: coordinamento tra servizi e livelli decisionali, Relazionale: ruoli, funzioni e comunicazione tra professionisti



Cultura: **Organizzativa:** promuove la segnalazione, il miglioramento **continuo**, **Della sicurezza:** attenzione al rischio e alla **prevenzione**, **Dell'incertezza:** valorizza il dubbio come strumento di prudenza

Responsabilità professionale



La responsabilità è sempre personale

Significa **rispondere delle proprie azioni professionali**, sulla base di:



Conoscenze aggiornate

La formazione continua è parte dell'agire responsabile (evidence based).



Capacità tecnico-professionali

L'operato deve essere coerente con quanto appreso e con le competenze acquisite.



Diligenza e attenzione

Cura, precisione e rispetto delle regole in ogni fase dell'assistenza.

Codice Deontologico 2025

ART. 8 - EDUCAZIONE E FORMAZIONE

L'infermiere, nei diversi livelli di responsabilità, si impegna attivamente nell'educazione e nella formazione degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi, anche in una prospettiva interprofessionale.

ART. 15 - CURA DEI CURANTI

L'infermiere nei diversi livelli di responsabilità si prende cura dei propri colleghi e delle loro famiglie e persone di riferimento, offrendo supporto ed assistenza, contribuendo a creare un ambiente di lavoro positivo e collaborativo.

Promuove principi di altruismo e solidarietà professionale.

ART. 16 - POSIZIONE DI PROTEZIONE

L'infermiere, per proteggere e tutelare il benessere e la sicurezza della persona assistita, dei professionisti sanitari e della comunità, interviene e segnala prontamente agli Organi preposti situazioni di alterazioni psicofisiche di un professionista o di altro operatore, in particolare nell'esercizio delle sue funzioni.

ART. 47 - RAPPRESENTANZA PROFESSIONALE

L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza, evitando ogni conflitto di interesse.

Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono la reputazione della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

Profilo professionale e deontologia



LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure
e della persona assistita, nonché in materia di re-
sponsabilità professionale degli esercenti le pro-
fessioni sanitarie. (17G00041)..... Pag.

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



Le Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza del paziente

✦ Il **Ministero della Salute** ha emanato una serie di **Raccomandazioni** per prevenire eventi avversi e garantire la sicurezza dei pazienti.

Focus sulle Raccomandazioni rilevanti per l'identificazione e la terapia:

Raccomandazione n. 3 “Corretta identificazione del paziente, del sito, della procedura”

Obiettivo: evitare errori legati a interventi, prelievi, somministrazioni a persona sbagliata o in sede errata.

Raccomandazione n. 5 “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”

❓ **Obiettivo:** assicurare l'identificazione corretta del paziente e della sacca ematica.

Raccomandazione n. 7 “Prevenzione della morte, coma o grave danno da errori in terapia farmacologica”

Obiettivo: ridurre gli errori nei processi di prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci.

Bilanciare Diritti in Tirocinio: Studente e Paziente

Diritto allo Studio dello Studente

- Acquisizione di competenze attraverso la pratica clinica
- Possibilità di apprendere anche dagli errori, in ambiente protetto
- Supervisione garantita da tutor e professionisti esperti

Diritto dell'Assistito a un'Assistenza Sicura

- Centralità della persona assistita
- Sicurezza, qualità e appropriatezza delle cure
- Responsabilità condivisa tra studente e supervisore



Il Bilanciamento Etico e Organizzativo



- ✓ Supervisione attiva e costante
- ✓ Valutazione progressiva delle competenze
- ✓ Assegnazione di compiti commisurati al livello formativo
- ✓ Tutela reciproca tramite comunicazione e confronto



📌 *Obiettivo: Garantire un apprendimento efficace e un'assistenza sicura, senza sacrificare né il diritto dello studente né quello del paziente.*



Responsabilità attribuibile all'infermiere



L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale



La responsabilità non è dello studente, ma dell'infermiere che lo supervisiona.



Sorveglianza costante

- Obbligatoria durante **attività dirette** sul paziente (es. medicazioni, terapia)
- **Indipendentemente** dall'anno di corso dello studente



Riferimenti normativi

- **Art. 2048 C.C.** L'infermiere *referente del tirocinante* risponde **civilmente** dei danni causati dallo studente, **salvo prova** di aver fatto il possibile per evitarli.
- **Cass. Pen., sez. IV, sent. 07/21594** Anche **dirigenti o coordinatori** possono essere ritenuti **penalmente responsabili** se omettono la vigilanza diretta sulle attività dello studente.

Dovere di Diligenza e Responsabilità dello Studente in Tirocinio

📌 Il dovere di diligenza Impone di:

- Agire con **misure cautelari idonee** a prevenire danni
- **Astenersi** da azioni che comportano **rischio elevato** di errore o reato colposo
- Rifiutare compiti **per i quali non si è competenti o sufficientemente formati**

! Inosservanza della regola cautelare

- Comporta **rimprovero e imputazione a titolo di colpa**
- Anche lo studente può essere ritenuto responsabile se **viola consapevolmente le cautele**

👤 Lo studente ha il diritto-dovere di rifiutare l'adempimento:

- Se il compito **eccede le sue competenze**
- Se **mancano le condizioni di sicurezza minime**



⚠ Se lo studente **sceglie di procedere comunque:**

- Assume la **responsabilità diretta** per gli eventuali eventi lesivi
- Deve farsi carico **delle cautele omesse**

📌 *La prudenza non è rinuncia, ma responsabilità professionale in formazione.*

...esempi di errori o quasi errori degli studenti...



1. Il paziente ha in terapia Quetiapina 100 mg, lo studente consegna 2cp di Quetiapina Accord 50 mg: l'errore viene riferito dal paziente
2. Ore 15:50 L'infermiere propone allo studente l'attività di terapia delle ore 16, lo studente esordisce dicendo che alle 16 avrebbe terminato il turno. L'infermiere guida legge la grafica, predispone la terapia e invita lo studente a somm. la al paziente x. (carrello e inf. Guida sono fuori dalla porta della stanza) Lo studente va dal paziente chiede il nome e cognome, somministra la terapia e una volta uscito dalla stanza nel fare il terzo controllo appura che il farmaco era prescritto al sig. y e non x.
3. L'infermiere predispone la terapia antiparkinsoniana e chiede allo studente di somministrarla al pz. del letto 15, lo studente la somministra al paziente (in dimissione) seduto vicino al letto n.15
4. Lo studente aspira 40 UI di insulina invece di 4UI e si appresta a somministrarle al paziente
5. Allo studente viene chiesto di predisporre il materiale ed effettuare un prelievo ematico ad una paziente entrata nel pomeriggio. L'infermiere accerta che il prelievo sia effettuato alla paziente corretta e con le giuste provette....l'esito non perviene, ma arriva quello della vicina di letto che non aveva effettuato prelievi...
6. Lo studente ha appena affiancato l'infermiere guida nell'accoglienza di una paziente rientrata dal Gruppo Operatorio che lamenta dolore. Rientrata in sala terapia, l'infermiera le chiede di infondere Flectadol 1000mg alla paziente del letto vicino, ma automaticamente lo studente lo applica al post operato (la pz. Vicino dice: «anch'io sto aspettando l'antidolorifico.....»)

Perché la segnalazione degli errori è importante?

1. Rende visibili i problemi nascosti

Molti errori rimangono invisibili se non vengono segnalati.

Solo ciò che si conosce si può migliorare.

2. Favorisce l'apprendimento organizzativo

Ogni errore è un'opportunità per **imparare e prevenire**.

Aiuta a identificare **pattern ricorrenti** e fragilità nei processi.

3. Previene danni futuri

Segnalare un “quasi evento” (near miss) può **evitare un evento grave domani**.

Aiuta a proteggere altri pazienti.

4. Promuove una cultura della sicurezza

Rende il contesto più aperto, trasparente, collaborativo.

Supera la “cultura della colpa” a favore della **responsabilità condivisa**.

5. Guida il miglioramento continuo

I dati raccolti orientano **azioni correttive, formazione e protocolli**.

Migliora la qualità e l'affidabilità dell'assistenza.



"Segnalare un errore non è ammettere una colpa, ma contribuire a un sistema più sicuro."





Che cos'e?

📌 Definizione

L'**Incident Reporting** è la **segnalazione volontaria e sistematica** di eventi avversi, errori o quasi eventi (near miss) che si verificano durante l'assistenza sanitaria.

⚠️ Cosa si segnala?

- **Eventi avversi:** es. cadute, errori terapeutici, reazioni indesiderate.
- **Quasi eventi (near miss):** errori evitati per caso o per intervento tempestivo.
- **Situazioni potenzialmente pericolose (hazard):** condizioni che potrebbero causare danno.

🎯 Obiettivo principale

Analizzare l'evento, comprenderne le cause e **prevenire che si ripeta**, migliorando la sicurezza per tutti i pazienti.

💛 Caratteristiche chiave

- **Anonimo o nominativo**, a seconda del sistema.
- **Non punitivo:** incoraggia la cultura della segnalazione.
- **Utilizzabile da tutti i professionisti sanitari.**

✅ *L'Incident Reporting è uno strumento essenziale per costruire una sanità più sicura.*

Tipologia di evento		Numero
Aggressione	Agito verso ambiente	4
	Aggressione non evento sentinella	303
Allontanamento	Allontanamento del paziente	2
Altro	Altre tipologie di evento	18
Autolesione	Tentativo autolesivo	6
Caduta	Caduta	450
Chirurgia	Danno al paziente durante intervento chirurgico	1
	Problematiche relative alla gestione dei ferri chirurgici	27
Comunicazione	Inefficace comunicazione tra gli operatori	16
	Manca/ritardata somministrazione del consenso informato	3
	Non adeguata comunicazione e informazione al paziente o ai familiari	6
Identificazione	Documentazione di altro paziente presente in cartella clinica o consegnata al paziente sbagliato	2
	Parte del corpo non corretta in lista operatoria e/o sito non marcato	6
	Problematiche di identificazione del paziente/della sua documentazione/della terapia	13
	Problematiche relative alla gestione del braccialetto identificativo	3
Malfunzionamenti	Errore del sistema informatico	6
	Malfunzionamento del sistema informatico	4
	Malfunzionamento di attrezzature/elettromedicali	15
	Malfunzionamento di dispositivi medici	10
	Malfunzionamento di strutture/impianti	1
Organizzazione	Problematiche relative alla dimissione/ricovero/trasferimento o accesso in Sala Operatoria	40
Sangue	Problemi correlati alla gestione di sangue ed emoderivati	17
Evento Sentinella	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	1
	Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali	1
	Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione	1
	Procedura in parte del corpo sbagliata	1
	Materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede intervento o procedure	1
	Morte o grave danno per caduta di paziente	5
Smarrimento	Furto/smarrimento o danno di beni personali del paziente	2
	Smarrimento campione biologico (non sentinella)	5
Tempestività	Problemi relativi all'erogazione tempestiva dei servizi di emergenza	14
Terapia	Problematiche in fase di preparazione di terapia farmacologica	4
	Problematiche in fase di prescrizione di terapia farmacologica	23
	Problematiche in fase di somministrazione di terapia farmacologica	16
	Problematiche relative alla gestione, utilizzo e/o stoccaggio di farmaci	12
Trasferimenti e trasporti	Problematiche nei trasporti dei pazienti intra ed extra ospedaliero	2
Valutazione clinico/assistenziale	Problematiche con campioni biologici	2
	Problematiche nella gestione clinica o assistenziale	24
Totale complessivo		1067

Incident Reporting aulss7 - 2024

Report "Rischio clinico" 2024

AULSS7 Pedemontana

Le categorie di eventi più segnalate sono state gli **errori in terapia**

Fattori contribuenti legati al paziente:

- condizioni generali precarie (34%)
- non coscienza/scarsamente orientato (27%)

Fattori contribuenti legati alla comunicazione:

- **Inadeguata comunicazione tra operatori** (69%) (Infermiere-studente)
- Inadeguatezze nella documentazione (19%);

Fattori contribuenti legati al personale:

- mancata/inesatta lettura della documentazione (43%)
- scarso lavoro in equipe (40%)





Esercizio: Il valore formativo dello scenario clinico

Da sempre , i casi e le **loro storie sono stati utilizzati per la formazione** dei professionisti, ma anche per riflettere sulla natura stessa della malattia. Essi possono servire anche per illustrare il processo decisionali clinico, l' analisi ponderata delle alternative terapeutiche a disposizione e a volte, in particolar modo nel caso degli errori , l' impatto personale degli eventi e dei cosiddetti "casi sfortunati"

1° Mandato

- Lettura di 1 caso a piccoli gruppi (max 5-6 persone)
- Analisi del caso e riflessione sulle possibili fasi d'errore





Condivisione e riflessioni emerse

" Identificare per
curare:
La sicurezza parte
da un nome "

Il primo passo per la
sicurezza è riconoscere il
paziente come persona
unica





Video

DOMANDE GUIDA SUL VIDEO

1. Comprensione del caso

- Cosa è accaduto esattamente al paziente?
- Quali sono state le **azioni** che hanno portato all'errore?
- Chi erano i professionisti coinvolti?

2. Analisi del rischio

- In quali momenti del percorso assistenziale **si sarebbe potuto prevenire** l'errore?
- Quali elementi di **identificazione corretta del paziente** sono stati trascurati?
- Ci sono stati segnali di allarme (red flags) che non sono stati colti?

3. Aspetti organizzativi e sistemici

- Quali **fattori di sistema** (es. turni, comunicazione, procedure) hanno contribuito all'evento?
- Sono presenti **protocolli** o procedure che non sono stati applicati correttamente?
- Quanto ha inciso il **fattore umano** (stanchezza, fretta, distrazione)?



🧠 4. Implicazioni professionali ed etiche

- Come pensi si siano sentiti i professionisti coinvolti dopo l'errore?
- Qual è l'impatto di questo tipo di errore sul paziente e sui suoi familiari?
- Cosa significa, per un infermiere, **assumersi la responsabilità** in un contesto di sicurezza delle cure?

🔧 5. Prevenzione e miglioramento

- Quali **strategie di prevenzione** possono essere adottate per evitare che un errore simile si ripeta?
- Che ruolo hanno i vari **controlli** nella somministrazione e nelle indagini diagnostiche?
- Se fossi parte dell'équipe, **cosa avresti fatto diversamente?**

💬 6. Riflessione personale

- Hai mai vissuto o sentito raccontare situazioni simili in tirocinio?
- Come puoi contribuire tu, come studente/neo-professionista, alla **sicurezza dei pazienti?**
- Cosa ti ha colpito di più nel video?





Condivisione e riflessioni emerse



Errori da mancata o errata identificazione del paziente

Contesto e incidenza

- In Italia, come in altri paesi ad alto reddito, **1 paziente su 10** subisce danni correlati all'assistenza sanitaria ospedaliera, di cui circa il **50% è prevenibile**
- Fra le categorie di errori, la **corretta identificazione del paziente** contribuisce a circa il **31%** degli eventi avversi

Conseguenze principali

- **Somministrazione di cure o farmaci errati**
- **Scambi di referti o cartelle cliniche**, con potenziale danno legale e clinico (circa il **5% dei referti** contiene errori amministrativi)

Cause frequenti

- **Omonimia e scarsa verifica dell'identità**
 - **Procedure informatizzate assenti o inefficienti**
 - **Procedura standard insufficienti** (es. mancato controllo)
-

L' identificazione

La corretta identificazione del paziente da parte degli operatori sanitari è fondamentale per:

- garantire cure sicure, efficaci e centrate sulla persona
- Costituisce una delle principali raccomandazioni cui dover ottemperare nell' ambito della politica della clinical governance per gli errori in sanità



Per quali motivi l' identificazione è alla base in ambito sanitario?

1) Sicurezza del paziente

Evita errori clinici, come la somministrazione di farmaci sbagliati o interventi su persone diverse da quelle previste.

Riduce il rischio di eventi avversi e complicazioni, migliorando la qualità delle cure.

2) Personalizzazione delle cure

Permette di conoscere le esigenze specifiche di ogni paziente, inclusi allergie, patologie pregresse, preferenze culturali o linguistiche.



3) Comunicazione efficace

Migliora il rapporto tra operatore sanitario e paziente, creando fiducia e collaborazione.

Facilita la raccolta di informazioni accurate, fondamentali per diagnosi e trattamenti corretti.

4) Responsabilità professionale

È un obbligo etico e legale per gli operatori sanitari garantire che le cure siano erogate alla persona giusta.

Aiuta a rispettare le normative sulla sicurezza e la qualità delle prestazioni sanitarie.





Campo di applicazione della procedura "Corretta identificazione del paziente"

Tutte le Unità Operative dell'azienda in cui si erogano prestazioni a pazienti/utenti nei diversi setting assistenziali:

- Pronto soccorso
- Unità Operative di degenza in qualsiasi forma di ricovero;
- Ambulatori (radiologia, nefrologia e dialisi, oncologia, malattie infettive e laboratorio analisi), Day Service, Poliambulatori per l'attività specialistica, ambulatori vaccinali e screening;
- Punti prelievi ospedalieri e territoriali;
- Blocchi operatori;
- Sala parto, Sezione Neonatale Terapia Intensiva Neonatale;
- Centro Trasfusionale
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- Cure Palliative Assistenza;
- Ambulatori Infermieristici.

Modalità operative

PRESTAZIONE AMBULATORIALE e ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE



Al momento dell'accoglienza l'operatore che effettua il riconoscimento deve:

1. Chiedere al paziente nome, cognome e la data di nascita (ed indirizzo, in caso di presenza di persone omonime con la medesima data di nascita). **L'identificazione deve essere attiva: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente facendogli pronunciare nome, cognome e data di nascita;** la domanda NON deve suggerire la risposta (es: "lei è il signor Bianchi, nato il 9/8/1947" NON VA POSTA).
2. Se il **paziente non è in grado di rispondere** (ad esempio pazienti incoscienti o non collaboranti, bambini, pazienti con disfasia, disabilità espressive o mentali), **chiedere ai parenti o caregiver di identificare il paziente per nome, cognome, data di nascita e/o indirizzo.**
3. Verificare l'identità del paziente prendendo visione di un documento di riconoscimento con fotografia.

Nelle fasi amministrative, la corretta identificazione del paziente avviene tramite la verifica della identità con consultazione di un documento di riconoscimento in corso di validità, che contenga la foto identificativa del paziente e tessera sanitaria TEAM.

GESTIONE DOMICILIARE (ADI, CURE PALLIATIVE)



Al momento del primo accesso ADI o dell'apertura cartella clinica di Cure Palliative l'operatore che effettua il riconoscimento deve:

1. Chiedere al paziente nome, cognome e la data di nascita.

L'identificazione deve essere attiva: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente facendogli pronunciare nome, cognome e data di nascita; la domanda NON deve suggerire la risposta (es: "lei è il signor Bianchi, nato il 9/8/1947" NON VA POSTA).

2. Se il paziente non è in grado di rispondere (ad esempio pazienti incoscienti o non collaboranti, bambini, pazienti con disfasia, disabilità espressive o mentali), chiedere ai parenti o caregiver di identificare il paziente per nome, cognome, data di nascita e/o indirizzo.

3. Verificare l'identità del paziente prendendo visione di un documento di riconoscimento con fotografia.

RICOVERO ORDINARIO, DAY SURGERY, DAY HOSPITAL , PS (TRIAGE)

In Pronto Soccorso o in una unità operativa di degenza è richiesto **l'applicazione del braccialetto identificativo**. Il braccialetto deve essere applicato dall'infermiere a tutti i pazienti e rimosso da qualsiasi operatore sanitario alla dimissione ossia al ritorno al proprio domicilio, o in una qualsiasi forma di residenzialità.

1. Chiedere al paziente nome, cognome e la data di nascita (ed indirizzo in caso di presenza di persone omonime con la medesima data di nascita). L'identificazione deve essere attiva: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente facendogli pronunciare nome, cognome e data di nascita; la domanda NON deve suggerire la risposta (es: "lei è il signor Bianchi, nato il 9/8/1947" NON VA POSTA).
2. Se il paziente non è in grado di rispondere (ad esempio pazienti incoscienti o non collaboranti, bambini, pazienti con disfasia, disabilità espressive o mentali), chiedere ai parenti o caregiver di identificare il paziente per nome, cognome, data di nascita e/o indirizzo.
3. Verificare l'identità del paziente prendendo visione di un documento di riconoscimento con foto (carta identità, patente di guida, passaporto), in triage anche tessera sanitaria TEAM.
4. Confezionare il braccialetto identificativo.
5. Informare e spiegare al paziente e/o il familiare o persona di riferimento che lo scopo del braccialetto identificativo è quella di aumentare la sicurezza del paziente per una corretta identificazione durante il percorso di cura.
6. Applicare il braccialetto identificativo, verificare che i dati riportati siano corretti e ben leggibili. Si suggerisce di applicarlo sul braccio dominante (ad esempio quello utilizzato per la scrittura), poiché è meno probabile che venga rimosso quando, ad esempio, vengono inserite le linee di accesso della via endovenosa.
7. Assicurarsi che il braccialetto identificativo sia ben sigillato, onde evitare la possibilità che si sfilì e venga perso o venga rimosso volontariamente, oppure provochi danni locali alla cute o alla circolazione qualora sia stato applicato eccessivamente stretto.

Per i pazienti che provengono dal Pronto Soccorso o trasferiti da altre unità operative con già posizionato il braccialetto identificativo, bisogna procedere nuovamente all'identificazione, come previsto al punto 1, ed alla verifica della congruenza tra l'identità dichiarata dal paziente e i dati riportati sul braccialetto.

PRONTO SOCCORSO (Emergenze)



In situazioni di emergenza è prioritaria la tutela della salute del paziente. In assenza di qualsiasi elemento di identificazione al paziente ignoto o incapacità di identificare con certezza l'assistito (paziente non collaborante, assenza di caregiver e presenza di documenti SENZA fotografia), l'infermiere di triage assegnerà **un'identità fittizia per identità sconosciuta** (sconosciuto o progressivo numerico) e confezionerà il braccialetto identificativo. Successivamente alla stabilizzazione del paziente, l'infermiere procederà all'identificazione attiva come descritto sopra ed al confezionamento del braccialetto identificativo.



RIFIUTO DEL BRACCIALETTO

In caso di rifiuto o di comportamenti non collaborativi del paziente, l'infermiere deve registrare il mancato posizionamento del braccialetto identificativo nel verbale di pronto soccorso o, per i pazienti ricoverati, in cartella clinica nel diario clinico; è opportuno tracciare in cartella clinica che il paziente è stato adeguatamente informato

SOSTITUZIONE DEL BRACCIALETTO



Il braccialetto identificativo va sostituito in caso di:

1. errore di identificazione;
2. identificazione paziente ignoto proveniente dal Pronto Soccorso;
3. danneggiamento del braccialetto (esempio lacerazione, perdita della leggibilità dei dati);
4. smarrimento;
5. rimozione forzata per esigenze cliniche.

L'infermiere deve registrare la sostituzione del braccialetto nel verbale di pronto soccorso o, per i pazienti ricoverati, in cartella clinica nel diario clinico.

IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO



- Ad ogni puerpera e neonato, al momento della nascita, devono essere applicati un braccialetto identificativo.
- I due braccialetti sono originariamente uniti e riportano i medesimi dati (incluso nome e cognome della madre, data e ora di nascita del/la neonato/a) e sono di misura differente.
- I due braccialetti verranno separati e applicati rispettivamente al polso della puerpera e del neonato subito dopo il parto all'interno della sala parto o della sala operatoria.
- L'ostetrica o il personale infermieristico dedicato all'assistenza del neonato è responsabile della immediata identificazione del neonato, effettuata tramite l'applicazione degli appositi braccialetti.
- Si mostra alla puerpera ed alla persona che eventualmente l'accompagna i braccialetti ancora uniti, invitando a memorizzarne il numero al momento della loro applicazione.
- Lo stesso numero progressivo di identificazione verrà riportato sul registro nascita/parti insieme ai dati relativi all'evento nonché sulle cartelle cliniche della puerpera e del neonato.



Casi Particolari per il neonato

- PARTO PLURIMO In caso di parto plurimo ogni neonato avrà un braccialetto con numero progressivo, corrispondente alla cronologia della nascita, sul quale sarà riportato l'ordine di genitura. Alla puerpera verrà applicato il corrispondente braccialetto per ogni neonato.
- NEONATO CHE NECESSITA DI CURE IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE Qualora le condizioni generali del neonato immaturo o prematuro impedissero anche per esigenze o condizioni sanitarie la regolare applicazione del braccialetto, il braccialetto dovrà sempre accompagnare la culla da trasporto e successivamente essere conservato nella culla del neonato in Terapia Intensiva Neonatale.
- NEONATO NON RICONOSCIUTO DALLA MADRE Nel caso di non riconoscimento genitoriale da parte della mamma è utilizzato esclusivamente il braccialetto identificativo applicato sul neonato immediatamente subito dopo la nascita. In questo caso deve essere omessa la procedura d'identificazione della madre (in questo caso fare riferimento alla procedura del parto in anonimato).
- NEONATO NATO AL DI FUORI DI UN "PUNTO NASCITA" OSPEDALIERO Nel caso di neonato nato a domicilio, se la madre o il neonato o entrambi necessitano di ricovero in area dedicata alle cure, spetta al personale sanitario che presta la prima assistenza applicare il braccialetto di accettazione in utilizzo in tutta l'area ospedaliera (vedi sopra "RICOVERO ORDINARIO, DAY SURGERY, DAY HOSPITAL, PRONTO SOCCORSO (TRIAGE)". Giunti nell'UOC di Ostetricia e Ginecologia per le cure del caso vengono applicati i braccialetti identificativi descritti sopra.

CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PRIMA DELL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE IN OGNI AMBITO ASSISTENZIALE

Tutto il personale sanitario, tecnico e di supporto che si trova coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni individuali al paziente, deve effettuare la corretta identificazione dello stesso nel seguente modo:

1. chiedere al paziente nome, cognome e la data di nascita.
L'identificazione deve essere attiva: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente facendogli pronunciare nome, cognome e data di nascita; la domanda NON deve suggerire la risposta (es: "lei è il signor Bianchi, nato il 9/8/1947" NON VA POSTA).
2. verificare l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul braccialetto.
3. confrontare l'identità del paziente con la documentazione relativa alla prestazione da erogare.



La corretta identificazione del paziente si applica nelle seguenti situazioni:

- ✓ prima della somministrazione di farmaci;
- ✓ prima della somministrazione di sangue ed emoderivati: in questo caso, l'identificazione del paziente viene effettuata da due operatori (medico ed infermiere/ostetrica, si rimanda al protocollo aziendale “Protocolli operativi per le attività trasfusionali del Dipartimento”);
- ✓ prima di eseguire un prelievo ematico e/o di altri campioni biologici;
- ✓ durante tutto il percorso peri-operatorio e prima dell'esecuzione di un intervento chirurgico (si rimanda alla procedura aziendale “Gestione check list in sala operatoria”);
- ✓ prima di inviare un paziente ad eseguire una procedura diagnostica;
- ✓ prima dell'esecuzione di una procedura invasiva;
- ✓ prima della visita medica (comprese le consulenze);
- ✓ prima del trasporto/trasferimento.



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

CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA SALMA

- Le salme presso i Servizi Mortuari devono sempre essere identificate in maniera univoca:
- Le salme provenienti dall'ospedale (PS o degenza) devono essere provviste del relativo braccialetto;
- Le salme provenienti dall'esterno devono essere identificate con braccialetto dedicato (applicato dal personale interno) e copia del documento d'identità con foto.

