



DIREZIONE GENERALE
UOS Risk Management Qualità

**COMUNICAZIONI VERBALI E
TELEFONICHE TRA OPERATORI
SANITARI**

**AZIENDALE
N.31 RMQ**

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO “PAOLO GIACCONE” PALERMO**

**COMUNICAZIONI VERBALI E TELEFONICHE
CRITICHE TRA OPERATORI SANITARI**

REDAZIONE	<i>Francesca Rocca, Provvidenza Damiani, Federica Pecoraro</i>
VERIFICA	<i>Dott.ssa Rosaria Murè, Dott. Francesco Armetta</i>
AUTORIZZAZIONE	<i>Dott.ssa Maria Grazia Furnari</i>

STATO DELLE REVISIONI

Rev Num	Sezioni revisionate	Motivo della revisione	Data
12	Tutte	Adeguamento a RMQ N.1	18/08/2026
11	Revisione integrale del documento	Verifica Ispettiva ministeriale	05/09/2019
10	Logo Aziendale, Titolo e denominazione della U.O Risk Management e Qualità pag6 e denominazione Struttura Medicina di Laboratorio CORELAB	Atto Aziendale	
9	Paragrafo 4.5.4 e Allegato5*	Integrazione modalità “consegne”	30.01.2013
8	Paragrafo 4.	Integrazione (nota U.O. Radiologia)	30.01.2013
7	Tabella valori di panico	Modifica limiti per la segnalazione	30.11.2012

Data 24.09.26

Rev. 12

Pag. 1 di 17

Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.



6	Bibliografia	Integrazione	30.11.2012
5	Allegati	Integrazione “valori di panico” con referto positivo per tubercolosi	30.11.2012
4	Allegati	Applicazione del metodo SBAR	30.11.2012
3	Paragrafo 4	Applicazione del metodo SBAR	30.11.2012
2	Paragrafo 4	Valutazione Commissione Ministero - Regione	04.06.2012
1	Paragrafo 4	Valutazione Commissione Ministero - Regione	29.05.2012
0	Prima Emissione a cura di: Alberto Firenze, Rosalia Caldarella, Sergio Salerno, Vito Franco, Francesca Rocca, Claudia Rizzo		05.2012



INDICE	Pag.
1. INTRODUZIONE	4
2. SCOPO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. RIFERIMENTI NORMATIVI	5
5. FLOW CHART	6
6. MATRICE RESPONSABILITÀ	7
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	7
8. INDICATORI	14
9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	15
10. CONSERVAZIONE E DIFFUSIONE	15
11. DOCUMENTI INSERITI	15



1. INTRODUZIONE

La comunicazione efficace rappresenta uno degli elementi fondamentali per garantire la sicurezza del paziente lungo tutto il percorso assistenziale. Gli errori di comunicazione costituiscono una delle principali cause di eventi avversi evitabili nelle organizzazioni sanitarie. Le comunicazioni verbali e telefoniche, pur essendo spesso indispensabili per assicurare tempestività decisionale, soprattutto nei contesti di emergenza-urgenza, nelle attività chirurgiche e nelle situazioni assistenziali ad elevata complessità, sono maggiormente esposte al rischio di incomprensioni, interpretazioni errate, omissioni o perdita di informazioni rilevanti. Per tale motivo devono essere gestite secondo modalità standardizzate, condivise e verificabili. La presente procedura recepisce gli standard della Joint Commission International (JCI), 7^a Edizione, l'International Patient Safety Goal 2 (IPSG.2), le Raccomandazioni del Ministero della Salute sulla sicurezza delle cure, la Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e le buone pratiche nazionali ed internazionali per garantire comunicazioni tempestive, complete, prive di ambiguità e correttamente documentate. L'applicazione uniforme della presente procedura contribuisce al rafforzamento della cultura della sicurezza, al miglioramento della collaborazione multiprofessionale, alla standardizzazione dei processi assistenziali e al perseguimento degli obiettivi di qualità, efficacia ed appropriatezza delle cure erogate dall'Azienda Ospedaliera.

2. SCOPO

La presente procedura definisce i criteri generali, le responsabilità e le modalità operative attuate per gestire la comunicazione interna tra le UU.OO.

Le comunicazioni tra operatori sanitari è fondamentale che siano:

- Chiare
- Complete
- Tracciabili
- Tempestive

Al fine di ridurre il rischio clinico e garantire la sicurezza del paziente.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti gli operatori sanitari a vario titolo coinvolti nelle comunicazioni verbali o telefoniche relative alla diagnosi e cura di pazienti ricoverati o afferenti all'A.O.U.P. (sia in regime di ricovero ordinario, che in day service, day hospital o attività ambulatoriale). In particolare, riguarda la comunicazione alle UU.OO di:

- valori critici per analisi di laboratorio biochimico e microbiologico;
- quadri diagnostici anatomo patologici che rivestono particolare gravità o urgenza;
- quadri radiologici che rivestono particolare gravità o urgenza;



– informazioni immunoematologiche critiche per la gestione dei pazienti candidati a terapia trasfusionale.

Si applica inoltre alle comunicazioni critiche tra gli operatori delle diverse UU.OO che hanno in carico i pazienti relativamente a:

- consulenze specialistiche e/o cambio di terapia;
- trasferimento di pazienti con pregresse informazioni critiche.

Figure coinvolte:

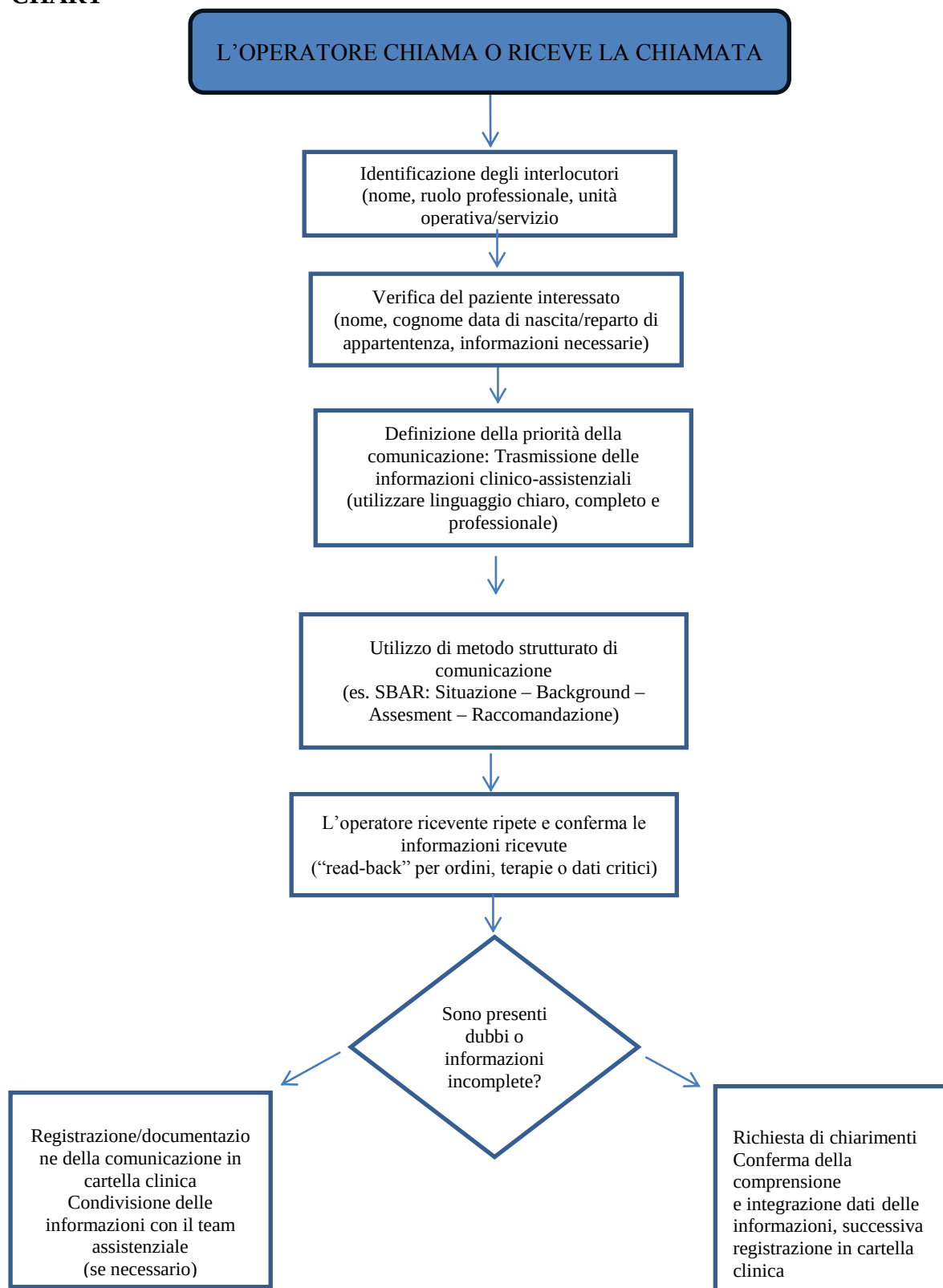
- Medici
- Infermieri
- Altri professionisti sanitari

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- *Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni – Laboratorio di Patologia Clinica. MOD. 3.01, Rev. 01 del 28/11/2007;*
- *Regione Siciliana. Decreto 11 gennaio 2008 – Standard per la gestione del rischio clinico rivolti alle strutture ospedaliere. (Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, n. 8 del 15 febbraio 2008);*
- *Joint Commission International Standard per gli ospedali e per la sicurezza del paziente – Progetto per il servizio triennale di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e di trasferimento del know-how alle Aziende Sanitarie Locali (2008);*
- *Regione Siciliana. Decreto 12 agosto 2011 – Standard per gli ospedali e per la sicurezza del paziente, nell'ambito del progetto “Patient Safety & Emergency Department”. (Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, n. 39 del 16 settembre 2011);*
- *Asp di Agrigento “Procedura aziendale per la comunicazione verbale e telefonica degli esami – IPSG.2 “ (31 ottobre 2013, atto n. 4487);*
- *Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena – U.O. Laboratorio Analisi, Rev. 27/07/2016;*
- *Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco);*



5. FLOW CHART





6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività \ Funzione	Operatore Sanitario che da la comunicazione	Operatore Sanitario che da riceve la comunicazione	Direttore U.O.	U.O.S. Risk Management e Qualità	Direzione Sanitaria di Presidio
Corretta identificazione del paziente prima della comunicazione	R	R	I	I	I
Utilizzo del Read Back	R	R	I	I	I
Registrazione della comunicazione nella documentazione clinica	R	R	I	I	I
Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi (Near Miss)	R	R	C	R	C
Audit periodici di verifica	C	C	R	R	C
Monitoraggio degli indicatori	I	I	R	C	C
Attuazione di azioni correttive	C	C	R	C	C
Riesame periodico della procedura	C	C	C	R	R

R= Responsabile; C= Coinvolto I= informato

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La procedura è articolata in sezioni differenti in cui vengono descritte le modalità ed i criteri per la gestione presso le UU. OO dell'A.O.U.P. delle comunicazioni critiche definite nel campo di applicazione. In particolare comprende:

- Comunicazioni critiche dai Laboratori verso le UU.OO;
- U.O.C. Medicina di Laboratorio (CORELAB);
- U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica;
- U.O.C Microbiologia e Virologia;
- U.O.C CLADIBIOR;
- Comunicazioni critiche dalla Medicina Trasmfusionale verso le UU.OO e viceversa;
- Comunicazioni critiche dalla U.O.C di Diagnostica per Immagini verso le UU.OO;
- Comunicazioni critiche tra le UU.OO;
- Consulenze specialistiche e Cambio di terapia;
- Trasferimento paziente con pregresse informazioni critiche;

Una sezione della presente procedura viene dedicata inoltre alla definizione dei ruoli e delle responsabilità del personale coinvolto in questo tipo di comunicazione. Indipendentemente dalle specifiche di ciascuna comunicazione, descritte nei successivi paragrafi, tutte le informazioni critiche comunicate verbalmente tra gli operatori devono essere sempre tracciate (sia da parte di chi effettua la comunicazione, sia da parte di chi la riceve) in forma cartacea o informatica e devono contenere sempre le seguenti informazioni:

Data 24.09.26	Rev. 12	Pag. 7 di 17
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



- i dati anagrafici del paziente cognome, nome, data di nascita e il sesso;
- il cognome e nome e ruolo di chi da la comunicazione;
- il cognome e nome di chi riceve la comunicazione;
- il contenuto della comunicazione;
- la data e l'ora in cui viene effettuata la comunicazione;
- conferma del Read Back;
- firma (se tracciabilità cartacea) oppure in maniera univoca la registrazione informatica (di chi registra la comunicazione);

La registrazione di tutte le suddette informazioni, effettuata anche parte di chi riceve la comunicazione, avviene mediante annotazione di tutte le suddette informazioni in cartella clinica o mediante la compilazione dell'All.RMQ/31 n.1 ("Report delle comunicazioni verbali o telefoniche") archiviato e conservato in cartella clinica.

Nel caso in cui la comunicazione critica riguardi pazienti provenienti dal SSN la notifica deve essere eseguita direttamente al paziente, qualora sia disponibile il recapito telefonico preferibilmente acquisito in sede di accettazione oppure all'atto della prenotazione e/o accettazione da parte del personale del Centro Unico di Prenotazione (CUP).

In caso di irreperibilità del paziente o, per qualsiasi altro problema relativo alla comunicazione con il paziente, la comunicazione sarà fatta al medico di medicina generale o ad eventuale suo sostituto.

7.1 COMUNICAZIONI CRITICHE DALLE UU.OO DI LABORATORIO VERSO LE UU.OO

La comunicazione del dato analitico, accertato come valore critico solo dopo che è stata ragionevolmente esclusa ogni possibile causa di errori preanalitici (mediante verifica dell'idoneità del campione) o di errori analitici (con procedure di riconferma del risultato) viene effettuata dal Dirigente del laboratorio e deve contenere tutte le informazioni richieste nel paragrafo 7.

La registrazione della comunicazione può essere effettuata sul gestionale informatico in uso presso il laboratorio o su supporto cartaceo come da schema in Allegato RMQ/31 n.1 ("Report delle comunicazioni verbali o telefoniche"). archiviato e conservato secondo le modalità operative in uso presso il laboratorio e dovrà essere seguita appena possibile dalla trasmissione ufficiale del referto validato.

La comunicazione:

- deve garantire che la criticità sia comunicata tempestivamente ed in modo idoneo al personale sanitario (medico ed infermieristico) in grado di intraprendere le idonee misure clinico-terapeutiche;
- è reiterata fintanto che i valori critici rimangono tali;
- deve essere *in extenso*, con o senza acronimo (esempio: tempo di protrombina PT);
- al termine della notifica, il personale del laboratorio dovrà verificare che le informazioni siano state recepite correttamente dal destinatario, previa richiesta di ripetizione da parte dell'interlocutore di tutte le informazioni comunicate;
- la prescrizione e/o il risultato dell'esame vengono confermati dalla persona che li ha comunicati;



7.1.1 U.O.C. Medicina di Laboratorio CORELAB

La comunicazione dei risultati critici viene effettuata da parte del personale Dirigente della UOC Medicina di Laboratorio (Corelab) nel caso in cui vengano riscontrati valori di panico ossia valori che vanno oltre il livello critico (alto o basso) riportati nella seguente tabella:

ESAME	Livello critico		Unità di misura	Standard /Raccomandazione	Neonati*
	BASSO	ALTO			
Na	<120	>160	mmol/L	JCAHO	<125 / >150
K	<2,8	>6,2	mmol/L	IFCC	<2,8 / >7,0
Cl	<80	>120	mmol/L		<90 / >120
Glucosio	<50	>350	mg/dL	Secondo esperienza su base locale	<35 / >180
Calcio	<6,5	>13	mg/dL	JCAHO	<7,0 / >13
Fosforo		<1,3	mg/dL		<1,5 / >7,0
Magnesio		<1,0	mg/dl		<0,9 / >3,2
PT INR (in TAO)		>6,0		Secondo esperienza in raccordo con clinico settore specialistico	
PT Ratio (non in TAO)		>3,0		Secondo esperienza in raccordo con clinico settore specialistico	
APTT sec(non trattati)		>120 sec		JCAHO	
APTT ratio		>4,0			
Fibrinogeno		<50	mg/dL	Secondo esperienza in raccordo con clinico settore specialistico	
Leucociti	<2,0	>50	x10 ³ /μL	IFCC / CAP	<2,0 / >50
Emoglobina	<7,0	>20	g/dL	JCAHO	<7
Piastrine	<20,0	>1000	x10 ³ /μL	IFCC	<20 / >600
Carbamazepina	<4	>12	mg/L	JCAHO	
Digossina		>2,5	μg/L	JCAHO	
Fenobarbital		>60	mg/L	JCAHO	
Acido Valproico		>150	mg/L	IFCC	
Litio		>1,5	mmol/L		
Etanolo		>350	mg/dL	IFCC	

*Secondo esperienza su base locale in raccordo con UTIN

I valori critici sono stati definiti sulla base di evidenza ed esperienza clinica locale in raccordo con clinici di settore specialistico ed UTIN, e dedotti dalla letteratura scientifica, facendo riferimento a raccomandazioni della JCAHO (Joint Commision on Accre-ditation of Healthcare Organizations), IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine), CAP (College of American Pathologists), RCP (Royal College of Pathologists) o all'esperienza professionale.



7.1.2 U.O.C. Di Anatomia Patologica

La comunicazione dei risultati critici viene effettuata da parte del personale Dirigente della U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica nel caso in cui vengano riscontrati risultati critici ossia particolarmente urgenti o clinicamente significativi su esame estemporaneo (intraoperatorio) urgente relativamente agli esiti descritti nella sottostante tabella.

La comunicazione deve essere effettuata alle UU.OO. interessate nel rispetto di quanto definito al paragrafo 7.

ESAME	Esito
Esame istologico estemporaneo (intraoperatorio)	a. Tipologia e descrizione del materiale b. Rispetto a problematiche neoplastiche 1 Positivo per malignità 2 Negativo (con o senza rinvio all'esame definitivo) 3 Dubbio (rinvio all'esame definitivo)

7.1.3 U.O.C. Microbiologia e Virologia

I risultati del laboratorio di microbiologia per cui è prevista una segnalazione in urgenza/emergenza finalizzata a garantire la gestione del paziente in tempi rapidi e nel modo più appropriato, sono definiti nella seguente tabella.

La comunicazione deve essere effettuata alle UU.OO. interessate nel rispetto di quanto definito al paragrafo 7.

ESAME	Esito
Liquido cefalorachidiano	Positività all'esame microscopico e/o colturale
Malaria	Positività nello striscio di sangue su vetrino e/o Antigene
Emocoltura	Positività batteri GRAM negativi e Miceti
Anti -legionella	Positività ricerca antigene urinario
Anti - HIV	Positività
Anti -toxoplasma	Positività in gravidanza
Anti - rosolia	Positività in gravidanza
Anti -CMV	Positività in gravidanza
Tubercolosi	Positività all'esame microscopico o colturale



7.1.4 U.O.C. CLADIBIOR

A titolo esemplificativo e non esaustivo, è utile che il Laboratorio CLADIBIOR segnali al medico richiedente la presenza dell'allele HLA-B5701 in pazienti HIV positivi, al fine di evitare l'ipersensibilità al farmaco "Abacavir" e consentire una corretta ed idonea gestione farmacologica con farmaci alternativi in questi pazienti.

ESAME	Esito
Tipizzazione allele HLA-B5701	Presenza dell'allele HLA-B5701 in pazienti HIV positivi ipersensibilità al farmaco "Abacavir"

7.2 Comunicazioni Critiche dalla U.O.C. Medicina Trasfusionale verso le UU.OO e viceversa

Le comunicazioni da e verso la Medicina Trasfusionale, relative a pazienti candidati a terapia trasfusionale, vengono effettuate tra i medici della Medicina Trasfusionale ed i medici delle UU.OO che hanno inoltrato la richiesta trasfusionale o che hanno in carico in quel momento il paziente. Sono ritenute critiche, tutte le informazioni provenienti dalle diverse UU.OO verso la Medicina Trasfusionale che attestino:

- variazioni del quadro clinico del paziente;
- variazioni dell'anamnesi trasfusionale;
- variazioni dei parametri di laboratorio;
- variazioni della sede di ricovero;
- variazioni del grado di urgenza della richiesta;
- variazioni del numero di emocomponenti richiesti;
- variazioni della tipologia di emocomponenti richiesti;
- richiesta di disponibilità all'avvio dell'intervento chirurgico;
- segnalazioni di reazioni avverse;
- ogni altra comunicazione direttamente o indirettamente correlabile alla richiesta trasfusionale;

Sono ritenute critiche, tutte le informazioni provenienti dalla U.O.C. Medicina Trasfusionale verso le UU.OO. che attestino:

- Positività dei test pretrasfusionali (Ricerca di Anticorpi irregolari o prove di compatibilità maggiore);
- Richiesta di approfondimento diagnostico immunoematologico;
- Segnalazione di dati discrepanti in caso di sospetto errore o near miss;
- Non conformità a vario titolo rilevate su campioni e richiesta trasfusionale;
- Ogni tipo di problematica ostativa all'avvio di intervento chirurgico;



- Ogni tipo di problematica ostativa all'avvio di terapia trasfusionale;
- Ogni altra comunicazione che possa a vario titolo essere correlata alla sicurezza trasfusionale;

Ogni comunicazione, tempestivamente comunicata, deve contenere tutte le informazioni richieste nel paragrafo 7.

La registrazione della comunicazione viene effettuata su supporto cartaceo proprio del sistema gestione qualità della U.O.C. Medicina Trasfusionale (Modulo M 05 ASCO "Report comunicazioni verbali e telefoniche") che, sotto la responsabilità del Direttore della U.O.C. contiene tutte le informazioni richieste nel paragrafo 7 della presente procedura.

Il modulo cartaceo M 05 ASCO, viene associato ad ogni richiesta trasfusionale al momento della sua accettazione presso la Medicina Trasfusionale e viene archiviato e conservato secondo le modalità previste dalla normativa vigente congiuntamente alla richieste trasfusionali.

7.3 Comunicazioni critiche dalla Radiologia verso le UU.OO

La comunicazione dei risultati critici viene effettuata da parte del personale Dirigente afferente alle U.O.C Diagnostica per Immagini e Interventistica e Radiologia d'Urgenza, nel caso specifico di referti radiologici relativi a diagnosi urgenti.

Inoltre, il personale Dirigente afferente alle U.O.C Diagnostica per Immagini e Interventistica e Radiologia d'Urgenza comunica telefonicamente al Reparto di provenienza del paziente l'eventuale errato posizionamento di:

- Catetere venoso centrale;
- Cannula endotracheale;
- Posizionamento dei drenaggi.

7.4 COMUNICAZIONI CRITICHE TRA LE UU.OO

7.4.1 Consulenze specialistiche e cambio di terapia

Le consulenze specialistiche richieste per i pazienti ricoverati presso l'AOUP, devono essere sempre documentate e registrate in cartella clinica. In caso di emergenza, se lo specialista ritiene che la comunicazione verbale o telefonica possa accelerare i tempi di intervento terapeutico ed esporre a minore rischio la salute del paziente, è ammesso che si proceda alla notifica verbale della prescrizione dal medico dell'U.O. inviante, al medico dell' U.O. ricevente, avendo cura di riportare il referto delle consulenze specialistiche in cartella clinica appena possibile.

Tale modalità, con particolare riferimento alla prescrizione/rimozione di farmaci è riservata a situazioni di estrema urgenza in cui occorre tempestivamente sospendere una terapia o somministrare farmaci in urgenza. Devono essere correttamente riportate tutte le informazioni richieste nel paragrafo 7.

La comunicazione deve essere registrata dal medico che ha in carico il paziente o dall'infermiere del reparto presso cui è in carico il paziente su supporto cartaceo come da schema in allegato RMQ/31 n.1 ("Report delle comunicazioni verbali o telefoniche") archiviato e conservato in upload nella cartella clinica del paziente. Nel caso in cui la registrazione venga effettuata dall'infermiere,



questa deve essere sempre convalidata con la firma del medico del reparto che ha in cura il paziente.

Al termine della notifica, il medico specialista che effettua la consulenza dovrà verificare che le informazioni siano state recepite correttamente dal destinatario, previa richiesta di ripetizione da parte dell'interlocutore di tutte le informazioni comunicate. L'interlocutore, dopo aver ascoltato la riletture delle disposizioni impartite (processo di read-back), le conferma come da schema in allegato RMQ/31 n.1 ("Report delle comunicazioni verbali o telefoniche").

7.4.2 Trasferimento paziente con pregresse informazioni critiche

Le informazioni relative al trasferimento ad altra UU.OO di paziente per il quale sono state in precedenza fornite informazioni critiche, devono essere registrate in cartella clinica.

Il passaggio di consegne dovrà essere documentato in accordo alle modalità operative in uso presso le UU.OO.

7.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE COINVOLTO

Al fine di rendere il trasferimento delle informazioni tempestivo, preciso, efficace, completo e di farlo recepire al destinatario correttamente, la comunicazione verbale di informazioni critiche (riguardanti pazienti in cura presso la AOUP) deve essere condotta dagli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del paziente evitando la diffusione di informazioni che si trasmettono indirettamente o che vengono riferite per conto di altri.

Tutti gli operatori sanitari possono essere coinvolti nella comunicazione verbale o telefonica in relazione alle proprie competenze istituzionali.

In riferimento al coinvolgimento dei Medici in formazione specialistica (specializzandi), questi possono essere coinvolti nel rispetto del disciplinare condiviso fra la Scuola di Medicina e l'AOUP partendo dal presupposto che l'attività del Medico in formazione specialistica non è sostitutiva del personale strutturato.



8. INDICATORI

INDICATORE	COSA MISURA	MODALITÀ DI RILEVAZIONE	OBIETTIVO
Corretta identificazione del paziente	Sicurezza della comunicazione	Verifica cartella/scheda comunicazioni	≥ 90%
Utilizzo di modalità strutturata (es. SBAR)	Qualità del passaggio informazioni	Verifica cartella/scheda comunicazioni	≥ 90%
Comunicazioni registrate in documentazione sanitaria	Tracciabilità delle informazioni	Verifica cartella/scheda comunicazioni	≥ 90%
Conferma delle informazioni ricevute	Corretta comprensione del messaggio	Verifica cartella/scheda comunicazioni	≥ 90%
Errori o incomprensioni comunicative segnalate	Rischio comunicativo	Analisi segnalazioni eventi	Riduzione nel tempo
Tempo di risposta alle chiamate urgenti	Tempestività della risposta	Rilevazione tempi	Riduzione nel tempo
Completezza delle informazioni trasmesse	Qualità dei contenuti comunicati	Checklist di verifica (paragrafo 7)	≥ 90%
Formazione degli operatori sulla comunicazione	Competenza del personale	Registro formazione	100%



9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Eventuali non conformità segnalate mediante il sistema di incident reporting saranno gestite attraverso la convocazione di audit con il personale sanitario afferente alle Unità Operative coinvolte.

10. CONSERVAZIONE E DIFFUSIONE

La Procedura dopo essere stata approvata viene codificata, archiviata presso la Direzione Sanitaria di Presidio e ritrasmessa all'Unità Operativa proponente.

L'U.O. proponente provvederà alla conservazione della Procedura e alla sua diffusione a tutti i soggetti facenti parte della "lista di distribuzione" che praticamente ha lo scopo di far pervenire il documento agli operatori e alle UU.OO che devono utilizzarla.

Completata la diffusione, la Procedura si considera operativa.

11. DOCUMENTI INSERITI

Mod_All.RMQ/31 n.1 "Report delle comunicazioni verbali o telefoniche".



DIREZIONE GENERALE
UOS Risk Management Qualità

**COMUNICAZIONI VERBALI E
TELEFONICHE TRA OPERATORI
SANITARI**

**PROCEDURA
AZIENDALE
N.31 RMQ**

Mod_All.RMQ/31 n.1

REPORT DELLE COMUNICAZIONI VERBALI O TELEFONICHE

Unità Operativa

Data

Ora

.....

.....

.....

Operatore che EFFETTUA la comunicazione telefonica (scrivere a stampatello)

.....

☐ medico

☐ infermiere

☐ tecnico

☐ altro _____ (specificare)

Operatore che RICEVE la comunicazione telefonica (scrivere a stampatello)

.....

☐ medico

☐ infermiere

☐ tecnico

☐ altro _____ (specificare)

Dati del paziente

Cognome

Nome

Data di Nascita

Sesso

Contenuto della comunicazione :

Disposizioni ricevute:

Conferma da parte dell'interlocutore che ha effettuato la comunicazione

Dopo rilettura di quanto annotato (*readback*), l'interlocutore _____ le conferma.

Data 24.09.26

Rev. 12

Pag. 16 di 17

Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.



DIREZIONE GENERALE
UOS Risk Management Qualità

**COMUNICAZIONI VERBALI E
TELEFONICHE TRA OPERATORI
SANITARI**

**PROCEDURA
AZIENDALE
N.31 RMQ**

Data _____ Ora _____

Firma dell'operatore che ha effettuato la comunicazione

Le disposizioni impartite nel corso della comunicazione telefonica sono state correttamente trascritte sulla cartella clinica / infermieristica/ cartella clinica.

Data _____ Ora _____

Il Direttore dell'Unità Operativa / Coordinatore infermieristico
