



REGIONE
LAZIO

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Autori del documento:

Giuseppe Sabatelli¹; Anna Santa Guzzo¹; Maurizio Musolino¹; Vincenzo Puro¹; Antonio Silvestri¹; Giuseppe Vetrugno¹; Giuseppe Spiga².

Hanno collaborato alla elaborazione del documento:

Innocenzo Bertoldi³; Aldebrando Bossi⁴; Maria Rita Cassetta³; Stefano Cavallari⁴; Paola D'Angelo³; Annamaria De Paola³; Maria Serena Fiore³; Valentina Ghergo³; Franzesca Jager Montesi³; Claudio Leonardi³; Annamaria Lombardi³; Cristiana Luciani⁵; Christian Napoli⁵; Antonio Paone³; Barbara Passini⁶; Francesco Rocco Pugliese³; Marina Salvagni³; Riccardo Serafini³; Maria Cristina Zappa³.

¹Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; ²Area Rete Ospedaliera e Specialistica Regione Lazio; ³ASL Roma 2; ⁴ASL Roma 1; ⁵AO Sant'Andrea; ⁶Policlinico Tor Vergata.

Prima emissione 25 settembre 2020



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

INDICE

1.0	Introduzione e rationale del documento	2
2.0	Ambiti di applicazione	3
3.0	Definizioni e abbreviazioni	3
4.0	Modello teorico di riferimento	4
PRINCIPI GENERALI		5
5.0	Documenti validi per la corretta identificazione del paziente	5
	<i>5.1 Cittadini italiani e stranieri residenti</i>	5
	<i>5.2 Cittadini dell'Unione Europea dell'area Schengen e di Paesi extracomunitari con accordi bilaterali con l'Italia</i>	6
	<i>5.3 Cittadini dell'Unione Europea non aderenti agli accordi di Schengen e di Paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia</i>	6
6.0	I due passaggi dell'identificazione del paziente	6
7.0	Il braccialetto identificativo	7
BOX 1 – PRONTO SOCCORSO		8
BOX 2 – REPARTO DI DEGENZA		10
BOX 3 – PAZIENTI AMBULATORIALI		12
BOX 4 - RADIODIAGNOSTICA		13
BOX 5 – IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO		15
BOX 6 – TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI		17
BOX 7 – SOMMINISTRAZIONE FARMACI		17
BOX 8 – BLOCCO OPERATORIO		17
BOX 9 – TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO		17
8.0	Riferimenti bibliografici e normativi	18

1.0 INTRODUZIONE E RAZIONALE DEL DOCUMENTO

In tutti i percorsi assistenziali, la corretta identificazione della persona assistita rappresenta il primo irrinunciabile atto della prestazione sanitaria. Non è facile stimare l'incidenza degli errori legati alla identificazione del paziente, dato che in molti casi lo scambio di informazioni e/o di pazienti non produce danni, rimanendo pertanto nascosto.

Il problema della identificazione del paziente è di particolare rilevanza soprattutto in ambito chirurgico, tanto da portare il Ministero della Salute ad emanare nel 2008 la Raccomandazione n. 3 relativa alla corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.

L'errore che porta a uno scambio di paziente ovvero a un *mismatch* fra documentazione sanitaria e paziente, può verificarsi in qualsiasi momento del percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale all'interno di una struttura sanitaria.

I fattori che contribuiscono agli errori legati alla non corretta identificazione del paziente sono vari, ad esempio: il trattamento di casi di emergenza, le caratteristiche particolari del paziente (che può essere sedato, disorientato o non del tutto vigile; può cambiare letto, stanza o reparto all'interno dell'ospedale; può avere disabilità sensoriali; oppure può avere disturbi di comprensione linguistica o non conoscere la nostra lingua); il carico di lavoro da svolgere in tempi ristretti; il coinvolgimento di più operatori nella gestione di un caso. Spesso, tuttavia, un ruolo fondamentale è legato a fallimenti della comunicazione (sia orale che scritta) fra gli operatori.

I momenti particolarmente critici per la corretta identificazione del paziente sono molti. Fra questi sicuramente rivestono una rilevanza prioritaria i seguenti:

- procedure diagnostiche o terapeutiche erogate in qualsiasi setting assistenziale;
- prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici;
- esecuzione di esami diagnostici di imaging;
- esecuzione di procedure invasive o di interventi chirurgici;
- somministrazione di sangue ed emocomponenti;
- trasferimento del paziente in altra U.O.

Il documento ha lo scopo di definire i contenuti minimi di sicurezza che le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (di seguito Strutture), dovranno implementare in una apposita procedura o documento equipollente, ovvero integrare quelle già esistenti, al fine di identificare correttamente il paziente in regime di ricovero ed in ambito ambulatoriale prima di sottoporlo a qualsiasi procedura clinico assistenziale, sia essa diagnostica, terapeutica, riabilitativa o di altro tipo.

Gli obiettivi sono:

- a) identificare un individuo in modo univoco e attendibile, in quanto persona destinataria della prestazione/trattamento/servizio;
- b) verificare la corrispondenza tra la prestazione/trattamento/servizio e l'individuo.

NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

2.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti in attività di erogazione di prestazioni a pazienti.
DOVE	<p>Il documento si applica a tutte le Strutture in cui si erogano prestazioni a pazienti, ed in particolare nelle seguenti situazioni:</p> <p>a) Accesso al Pronto Soccorso;</p> <p>b) Accesso ai Servizi Ambulatoriali ospedalieri o territoriali;</p> <p>c) Accesso ai reparti di degenza: dal Pronto Soccorso oppure per ricoveri ordinari programmati o in day hospital/day surgery.</p> <p>IN CONSIDERAZIONE DELLE PECULIARI ESIGENZE CHE AD ESSA POSSONO ESSERE CORRELATI, IL DOCUMENTO NON SI APPLICA ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE A PAZIENTI A QUALSIASI TITOLO IN CARICO ALL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA, ASSISTITI IN STRUTTURE PROTETTE O PER I QUALI VI SIANO ESIGENZE DI ANONIMIZZAZIONE PER MOTIVI DI GIUSTIZIA.</p> <p>PER QUESTI AMBITI DI ASSISTENZA LE STRUTTURE INTERESSATE SONO INVITATE AD ELABORARE SPECIFICHE PROCEDURE.</p>
PER CHI	Il documento è a tutela di tutti i pazienti che si rivolgono ai diversi setting assistenziali, ospedalieri e territoriali, per l'erogazione di prestazioni clinico-assistenziali.

3.0 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO	Braccialetto in polipropilene o in altro materiale plastico anallergico contenente informazioni univoche per la identificazione del paziente che lo indossa.
TESSERA SANITARIA	<p>La Tessera Sanitaria contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I dati Anagrafici dell'assistito e Il Codice Fiscale • per gli stranieri residenti in Italia, la data di scadenza valida ai soli fini dell'assistenza sanitaria (cinque anni o scadenza del permesso di soggiorno) • un'area libera per eventuali dati sanitari regionali • tre caratteri braille per i non vedenti • il codice fiscale in formato codice a barre e banda magnetica contenente le informazioni anagrafiche dell'assistito. <p>È il documento di base che serve ad ogni cittadino per accedere alle prestazioni sanitarie pubbliche e private convenzionate. Attesta la scelta del medico curante o del pediatra e l'iscrizione al servizio sanitario nazionale. Devono disporre della tessera sanitaria tutti i cittadini residenti, compresi quelli temporaneamente residenti nel territorio della ASL di appartenenza (sono residenti tutti coloro che, per ragioni di studio o di lavoro, vi dimorano per un periodo non superiore ad un anno).</p> <p>NON È UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN QUANTO NON HA LA FOTO IDENTIFICATIVA.</p>
TESSERA EUROPEA DI ASSISTENZA PER MALATTIA (TEAM)	<p>Valida per l'assistenza sanitaria in tutti i paesi dell'Unione Europea e in quelli appartenenti all'area SSE (Spazio Economico Europeo), e cioè Norvegia, Islanda e Liechtenstein, e in Svizzera. La TEAM sostituisce il modello "E 111" e, in caso di soggiorno in uno degli stati sopra elencati, garantisce al possessore il diritto all'assistenza sanitaria <i>de facto</i>, senza altre autorizzazioni preventive.</p> <p>NON È UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN QUANTO NON HA LA FOTO IDENTIFICATIVA.</p>
TITOLO DI VIAGGIO PER APOLIDI	Gli apolidi sono soggetti ad obbligo di visto per l'Italia, a meno che non dispongano di un titolo di soggiorno rilasciato da uno degli Stati dell'Unione Europea dell'area Schengen.

TITOLO DI VIAGGIO PER RIFUGIATI	I rifugiati sono soggetti ad obbligo di visto per l'Italia, a meno che non dispongano di un titolo di soggiorno rilasciato da uno degli Stati dell'Unione Europea dell'area Schengen o di un documento di viaggio rilasciato da uno dei Paesi firmatari dell'Accordo di Strasburgo.
TITOLO DI VIAGGIO PER STRANIERI	Rilasciato a coloro che non possono ricevere un valido documento di viaggio dalle autorità del Paese di cui sono cittadini.
LIBRETTO DI NAVIGAZIONE	Documento professionale rilasciato ai marittimi per la loro attività. Valido per l'ingresso nello spazio Schengen solo per le esigenze professionali del marittimo.
DOCUMENTO DI NAVIGAZIONE AEREA	Rilasciato ai piloti ed al personale di bordo delle compagnie aeree civili solo per motivi inerenti la loro attività lavorativa.
LASCIAPASSARE DELLE NAZIONI UNITE	Rilasciato al personale ONU e a quello delle Istituzioni dipendenti.
DOCUMENTO RILASCIATO DA UN QUARTIER GENERALE DELLA NATO	Rilasciato al personale civile e militare dell'Alleanza Atlantica (i membri delle forze NATO, ma non i familiari né personale civile al seguito), è esente dal visto.
CARTA D'IDENTITÀ	Valida per i cittadini degli Stati aderenti all'Accordo europeo sull'abolizione del passaporto per recarsi, a scopo turistico, nel territorio di uno degli altri Stati aderenti per periodi di durata inferiore a 3 mesi. È esente da visto.
ELENCO DI PARTECIPANTI A VIAGGI SCOLASTICI ALL'INTERNO DELLA UE	Rilasciata a studenti stranieri residenti negli stati dell'Unione Europea. I titolari sono esenti dall'obbligo di visto.
LASCIAPASSARE	Foglio sostitutivo del passaporto rilasciato allo straniero che non ha un titolo di viaggio valido per tutti gli stati dell'Unione Europea dell'area Schengen o solo per l'Italia. Il regime di visto è quello in vigore nel Paese di cui l'interessato è cittadino.
LASCIAPASSARE O TESSERA DI FRONTIERA	Concesso ai cittadini domiciliati in zone di frontiera; valida per il transito della frontiera stessa e la circolazione nelle corrispondenti zone degli stati confinanti. È esente da visto.
RFID	Acronimo per <i>Radio-Frequency IDentification</i> , identificazione a radiofrequenza.
CUP	Centro Unico di Prenotazione.
SIMT	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

4.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Rispetto al modello ad “acquedotto romano” comunemente utilizzato per la redazione dei documenti regionali, si ritiene che, nel caso dell'identificazione del paziente, non sia possibile individuare “colonne”: è la corretta identificazione del paziente, infatti, a rappresentare una “colonna” nell'ambito di qualsiasi processo clinico-assistenziale, sia esso diagnostico, terapeutico, riabilitativo o di altro tipo.

Al fine di semplificare l'implementazione del presente documento, sono stati elaborati degli specifici BOX in cui, a titolo di esempio, vengono declinati i diversi punti da definire in un flusso procedurale, da considerarsi come contenuti minimi da adattare e contestualizzare nelle differenti realtà organizzative.

PRINCIPI GENERALI

La corretta identificazione del paziente prevede diverse modalità, di seguito elencate in ordine crescente di sicurezza:

- a) Accertamento verbale (nome e cognome del paziente e data di nascita);
- b) Accertamento di identità a mezzo di documento identificativo valido;
- c) Braccialetto identificativo (vedi il punto 7.0).

Vanno assolutamente evitate modalità di riconoscimento che si basano sulla collocazione spaziale del paziente nel reparto come ad esempio il numero di camera e di letto, o su riferimenti alla sua patologia o a sue caratteristiche fisiche.

Al momento dell'accesso alla Struttura l'identità non può essere autocertificata, tranne specifici casi in Pronto soccorso (Vedi BOX 1): il paziente può essere identificato solo tramite un valido documento di riconoscimento contenente dati anagrafici e fotografia. A questo proposito si ricorda che **la tessera sanitaria non è un documento di riconoscimento perché privo di fotografia.**

La verifica dell'identità del paziente deve essere realizzata prima di ogni processo clinico-assistenziale, sia esso diagnostico, terapeutico, riabilitativo o di altro tipo.

Tutti gli operatori, nel corso di qualsiasi attività legata alla corretta identificazione del paziente finalizzata alla sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dovranno rispettare il corretto trattamento dei dati personali, come da disposizioni vigenti in materia (segreto d'ufficio, segreto professionale, norme sulla privacy).

5.0 Documenti validi per la corretta identificazione del paziente

5.1 Cittadini italiani e stranieri residenti

La carta d'identità è il documento di riconoscimento più appropriato per procedere all'identificazione del paziente. Nel nostro Paese hanno diritto alla richiesta della carta d'identità tutti i cittadini italiani e gli stranieri regolarmente residenti sul territorio nazionale.

In alternativa alla carta d'identità possono essere validamente impiegati i seguenti documenti di riconoscimento equipollenti (ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445):

- a. Passaporto
- b. Patente di guida
- c. Patente nautica
- d. Libretto di pensione
- e. Patentino di abilitazione alla conduzione d'impianti termici
- f. Porto d'armi
- g. Tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato

5.2 Cittadini dell'Unione Europea dell'area Schengen e di paesi extracomunitari con accordi bilaterali con l'Italia

Per i cittadini dell'Unione Europea che hanno sottoscritto agli accordi di Schengen e per i cittadini di paesi extracomunitari che hanno specifici accordi sulle frontiere con la Repubblica Italiana (Repubblica di San Marino, Città del Vaticano), è valida la carta d'identità del paese d'origine oppure il passaporto oppure uno dei seguenti documenti equipollenti al passaporto:

- a. Titolo di viaggio per apolidi
- b. Titolo di viaggio per rifugiati
- c. Titolo di viaggio per stranieri
- d. Libretto di navigazione
- e. Documento di navigazione aerea
- f. Lasciapassare delle Nazioni Unite
- g. Documento rilasciato da un Quartier generale della NATO
- h. Carta d'identità (ed altri documenti)
- i. Elenco di partecipanti a viaggi scolastici all'interno dell'U.E.
- j. Lasciapassare
- k. Lasciapassare (o tessera) di frontiera

5.3 Cittadini dell'Unione Europea non aderenti agli accordi di Schengen e di paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia

Per questi cittadini è indispensabile il passaporto o il permesso di soggiorno oppure uno dei documenti equipollenti al passaporto sopra descritti.

6.0 I due passaggi dell'identificazione del paziente

Una volta accertata l'identità della persona assistita con la documentazione esibita al suo accesso alla Struttura, la modalità corretta di identificazione del paziente per l'esecuzione delle procedure assistenziali prevede due passaggi:

- a) la verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente e la sua data di nascita. (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?").

NB: la domanda dell'operatore NON deve suggerire la risposta (es. **MAI** chiedere: "Lei è il Signor Giovanni Rossi, nato il 15 gennaio del 1968?").

- b) dopo che il paziente ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul documento di identità e sulla documentazione relativa alla prestazione da effettuare (scheda clinica/richiesta di esame).

L'identificazione deve essere eseguita dall'operatore immediatamente prima di svolgere qualsiasi procedura o trattamento sul paziente, anche quando il paziente è conosciuto dall'operatore che esegue la prestazione.

NB: la collocazione spaziale del paziente nel reparto (come ad esempio il numero di camera e di letto), o i riferimenti alla sua patologia o a sue caratteristiche fisiche **NON DEVONO MAI ESSERE UTILIZZATI** per l'identificazione.

7.0 Il braccialetto identificativo

Il braccialetto identificativo rappresenta il supporto più efficace nella riduzione degli eventi legati a un errore nel riconoscimento del paziente.

Il numero e il tipo di informazioni contenute sul braccialetto può variare nelle singole realtà organizzative. In tutti i casi, comunque, il braccialetto dovrebbe riportare un codice numerico univoco, un codice a barre o un sistema di identificazione con RFID che consenta l'identificazione certa e univoca del paziente.

NB: l'utilizzo del braccialetto identificativo è una barriera e uno strumento di supporto, ma da solo non rappresenta la soluzione del problema. Perché diventi efficace è necessario rispettare tutti i punti previsti dal documento.

Le singole strutture potranno decidere specifiche modalità di gestione dei braccialetti, ad esempio per quanto riguarda un diverso colore in base al reparto di degenza o allo stazionamento in pronto soccorso, la conservazione dello stesso braccialetto applicato al momento dell'accesso al pronto soccorso anche dopo il trasferimento in reparto, e così via. È fondamentale, tuttavia, che queste scelte siano contenute all'interno di una o più procedure/istruzioni operative e che queste siano diffuse a tutto il personale sanitario e di supporto. Le procedure/istruzioni operative dovranno inoltre fornire indicazioni specifiche almeno sui seguenti punti:

- a. Sito di applicazione del braccialetto: è consigliabile utilizzare il lato dominante del paziente (mano usata per scrivere);
- b. Gestione del paziente che rifiuta di indossare il braccialetto;
- c. Gestione dei pazienti che chiedono l'anonimato (nei casi previsti dalle norme vigenti);
- d. Gestione dei casi di omonimia;
- e. Gestione dei pazienti ignoti;
- f. Gestione dei pazienti privi di braccialetto;
- g. Gestione dei malfunzionamenti dei sistemi informatici o delle stampanti;
- h. Modalità di sostituzione del braccialetto;
- i. Modalità di rimozione del braccialetto per necessità clinico-assistenziali e successivo riposizionamento;
- j. Modalità di rimozione del braccialetto al momento della dimissione;
- k. Modalità di identificazione del paziente deceduto;
- l. Modalità di smaltimento dei braccialetti rimossi

BOX 1 - PRONTO SOCCORSO

L'identificazione corretta dei pazienti che accedono al PS riconosce specificità e criticità legate sia al possibile l'accesso contemporaneo di più persone, che alla variabilità dei sintomi e delle patologie da questi presentate.

È evidente che in situazioni di particolare affollamento, la priorità dell'operatore addetto all'accettazione è quella di definire correttamente la priorità di accesso dei pazienti tramite l'assegnazione del relativo codice di priorità.

In queste condizioni, l'obiettivo di una corretta identificazione del paziente sta nella sua **identificazione univoca all'interno del percorso clinico-assistenziale**, più che nell'immediato accertamento della corrispondenza fra generalità fornite, ove possibile, dallo stesso paziente o dai suoi accompagnatori, e quelle risultanti dal documento di identità.

- a) Al momento dell'accesso, fatte salve condizioni di urgenza o di emergenza che rendano prioritario il trattamento del quadro clinico, l'operatore addetto all'accettazione deve chiedere al paziente un documento di identità valido e chiedergli di dichiarare nome, cognome e data di nascita, verificandone la corrispondenza;
- b) Se il paziente è privo di documenti di identità l'operatore deve chiedergli di dichiarare nome, cognome e data di nascita, verificandone la corrispondenza con eventuali familiari, caregiver o accompagnatori presenti, chiedendo a questi di fornire i documenti del paziente appena possibile;
- c) Se il paziente, per la propria condizione clinica (es. emergenza, perdita di coscienza, stato confusionale, coma farmacologico ecc.) o per età (pazienti pediatrici o grandi anziani), non è in grado di rispondere alle domande sulla propria identità, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone che siano in grado di identificare con certezza il paziente e che dovranno comunque fornire i documenti del paziente appena possibile;
- d) Se il paziente non è in grado di rispondere alle domande sulla propria identità, non ha accompagnatori, o comunque non possa essere correttamente identificato, deve essere identificato come PAZIENTE IGNOTO in tutta la documentazione che lo riguarda, fino a quando venga accertata la sua identità. La condizione di PAZIENTE IGNOTO va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al PAZIENTE IGNOTO il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo (ove presente) e riportato sulla documentazione clinica;
- e) Se il paziente, pur cosciente, rifiuta di fornire le proprie generalità per scelta deliberata o per le sue condizioni psichiche, va classificato come PAZIENTE IGNOTO. L'operatore addetto all'accettazione informa il medico che lo prende in carico. Questi valuterà l'opportunità di allertare l'autorità di pubblica sicurezza perché si proceda alla identificazione del paziente;
- f) 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, e la condizione di PAZIENTE ANONIMO va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al PAZIENTE ANONIMO il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo (ove presente) e riportato sulla documentazione clinica;

- g) Nel caso in cui siano presenti pazienti omonimi o più pazienti identificati come “ANONIMO” o “IGNOTO”, è necessario disporli in stanze differenti, o comunque non in spazi contigui. È inoltre necessario predisporre sulla documentazione sanitaria di entrambi i pazienti, un messaggio di allerta come per esempio un bollino di colore rosso.
- h) Dopo aver attribuito al paziente il codice triage, l'operatore addetto stampa un numero congruo di etichette adesive riportanti un codice numerico univoco (ad esempio corrispondente alle ultime cinque cifre della cartella GIPSE);
- i) Lo stesso codice numerico univoco attribuito al paziente al momento del primo accesso, deve essere riportato in evidenza oltre che sul foglio di triage, anche su tutta la documentazione prodotta durante la permanenza in PS (ad es. per la richiesta esami). Le etichette adesive (eventualmente stampabili al bisogno), vanno apposte su tutta la documentazione clinica relativa a quel paziente (ad es.: ECG, EGA, sacco dello spoglio, oggetti personali, ecc.);
- j) Non appena possibile bisogna fare una copia del documento di riconoscimento del paziente da allegare alla documentazione sanitaria;

PER I PS DOTATI DI BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO

1. L'operatore addetto al triage appone una etichetta adesiva sul braccialetto identificativo e lo applica **immediatamente** al paziente;
2. L'applicazione del braccialetto è consigliabile che venga fatta sul lato dominante del paziente (la mano utilizzata per scrivere), in modo da diminuire la possibilità che il dispositivo possa essere tolto durante il ricovero;
3. Qualora il braccialetto debba essere rimosso per motivi assistenziali, ne va applicato appena possibile uno nuovo su cui andrà applicata un'etichetta riportante il codice numerico univoco attribuito al paziente al momento del primo accesso;
4. Ogni operatore che veda un paziente privo del braccialetto ha la responsabilità di identificarlo e di riapplicarlo completo della etichetta riportante il codice numerico univoco attribuito al paziente al momento del primo accesso;

PER TUTTI I PS (prestazioni successive all'accesso)

1. Gli operatori devono verificare l'identità del paziente prima di ogni atto diagnostico, terapeutico, assistenziale e di qualsiasi trasporto intra- od extraospedaliero (ad es. per esecuzione esami, per ricovero in reparto o per trasferimento presso altra struttura);
2. La verifica dell'identità del paziente deve essere effettuata verbalmente, ove possibile (vedi punto 6.0 I due passaggi dell'identificazione del paziente), e **sempre** verificando la corrispondenza del codice numerico riportato sulla documentazione clinica con quello apposto sul braccialetto identificativo del paziente (ove presente);

BOX 2 – REPARTO DI DEGENZA

1. Il personale sanitario che accoglie il paziente in reparto deve accertarsi che i dati forniti dal paziente o dai parenti, in caso di minore o di paziente non collaborante, corrispondano ai dati della documentazione di PS o alla documentazione di accettazione oppure alla cartella clinica nel caso di trasferimento da altro reparto, controllando il documento di riconoscimento;
2. Nel caso in cui il paziente provenga dal Pronto Soccorso, il personale sanitario che accoglie il paziente verifica **sempre** la corrispondenza del codice numerico riportato sulla documentazione clinica con quello apposto sul braccialetto identificativo del paziente (ove presente);

PER I REPARTI DOTATI DI BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO

1. Si taglia il braccialetto identificativo apposto al PS (ove presente). Fanno eccezione quei casi in cui la procedura vigente nella struttura prevede il suo mantenimento anche dopo il trasferimento in reparto);
2. Dopo l'accettazione del paziente si stampa un'etichetta adesiva riportante il codice numerico univoco corrispondente al numero nosologico del paziente e la si appone al braccialetto identificativo che va applicato **immediatamente** al paziente;
3. L'applicazione del braccialetto è consigliabile che venga fatta sul lato dominante del paziente (la mano utilizzata per scrivere), in modo da diminuire la possibilità che il dispositivo possa essere tolto durante il ricovero;
4. Qualora il braccialetto debba essere rimosso per motivi assistenziali, ne va applicato appena possibile uno nuovo su cui andrà applicata un'etichetta riportante il codice numerico univoco attribuito al paziente al momento dell'accesso in reparto;
5. Ogni operatore che veda un paziente privo del braccialetto ha la responsabilità di segnalare l'assenza del braccialetto al proprio Responsabile, di identificarlo e di riapplicarlo completo della etichetta riportante il codice numerico univoco attribuito al paziente al momento dell'accesso in reparto.

PER TUTTI I REPARTI

1. Gli operatori devono verificare l'identità del paziente prima di ogni atto diagnostico, terapeutico, assistenziale e di qualsiasi trasporto intra- od extraospedaliero (ad es. per esecuzione esami, per ricovero in altro reparto o per trasferimento presso altra struttura);
2. La verifica dell'identità del paziente deve essere effettuata verbalmente, ove possibile (vedi punto 6.0 I due passaggi dell'identificazione del paziente). In caso di paziente non collaborante verificare il documento di riconoscimento allegato alla cartella clinica;
3. Se si tratta di un paziente con identità sconosciuta o privo di documenti, il paziente deve essere identificato come "paziente ignoto" in tutta la documentazione che lo riguarda, fino a quando venga accertata la sua identità. La condizione di "paziente ignoto" va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al "paziente ignoto" il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo (ove presente) e riportato sulla documentazione clinica;
4. 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, e la condizione di PAZIENTE ANONIMO va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di

allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al PAZIENTE ANONIMO il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo (ove presente) e riportato sulla documentazione clinica;

5. Nel caso in cui siano presenti pazienti omonimi o più pazienti identificati come “anonimo” o “ignoto”, è necessario disporli in stanze differenti, o comunque non in spazi contigui. È inoltre necessario predisporre sulla documentazione sanitaria di entrambi i pazienti, un messaggio di allerta come per esempio un bollino di colore rosso.

PAZIENTE INVIATO A CONSULENZA

1. Confermare l'identità del paziente secondo le modalità previste al punto 6.0 chiedendo al paziente nome, cognome e data di nascita (es. “Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?”) e verificandone la corrispondenza con quelli presenti sulla cartella clinica del Reparto di provenienza o sul foglio di richiesta del Pronto Soccorso, che accompagna il paziente;
2. Va evitata l'esecuzione di consulenze su pazienti privi di cartella clinica del reparto di provenienza. Nei casi dubbi si raccomanda il contatto diretto tra le UUOO il cui esito va formalizzato sulla documentazione sanitaria del paziente.

BOX 3 – PAZIENTI AMBULATORIALI

AL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE

Nella fase di accettazione del paziente l'operatore addetto confronta i dati del documento di riconoscimento o della tessera sanitaria con quelli riportati sulla richiesta formulata dal medico che propone l'esame su ricettario nazionale. Ogni richiesta, infatti, deve contenere:

- a. nome, cognome ed età dell'assistito
- b. codice fiscale dell'assistito, con la specificazione di eventuali diritti di esenzione dal pagamento della prestazione
- c. tipo della prestazione richiesta secondo quanto previsto nel nomenclatore
- d. quesito diagnostico
- e. timbro e firma del medico

Quando l'impegnativa è compilata in modo incompleto o difforme, o è illeggibile, l'addetto all'accettazione si attiva per rendere la richiesta conforme alle specifiche.

NB: Non è consentito in nessun caso alcun tipo di correzione manuale sull'impegnativa, mentre si possono eventualmente allegare all'impegnativa stessa fotocopie di documenti (per es. della tessera di esenzione per patologia) allo scopo di completare l'informazione prevista.

L'addetto all'accettazione procede all'inserimento dei dati nel terminale, alle verifiche necessarie alla completa comprensione di quanto richiesto, alle prenotazioni ed alla stampa dei documenti di lavoro.

L'accettazione termina con il pagamento dei corrispettivi dovuti, qualora previsto, e con la consegna dell'eventuale fattura, della documentazione d'avvenuta regolarizzazione amministrativa, delle eventuali istruzioni per l'esecuzione dell'esame e **comunicandogli che per l'esecuzione dell'esame è necessario esibire un documento di riconoscimento valido, esplicitando che la tessera sanitaria non è un documento di riconoscimento.**

FASE PRECEDENTE L'ESECUZIONE DI UNA PROCEDURA DIAGNOSTICA

Tutti i pazienti non ricoverati devono essere identificati prima dell'erogazione di qualsiasi procedura sanitaria secondo quanto previsto al punto 6.0, e cioè:

- a) la verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente e la sua data di nascita. (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"); **NB:** la domanda dell'operatore NON deve suggerire la risposta (es. MAI chiedere: "Lei è il Signor Giovanni Rossi, nato il 15/01/1968?");
- b) dopo che il paziente ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul documento di identità e sulla documentazione relativa alla prestazione da effettuare (scheda clinica / richiesta di esame).

BOX 4 – RADIODIAGNOSTICA

PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO

- a) Dopo aver stilato la lista di lavoro nelle diverse sale diagnostiche (RX, ecografia, TC) vengono selezionate le relative richieste inerenti i pazienti in regime di ricovero;
- b) Il personale infermieristico concorda con il TSRM e il Medico Radiologo l'ordine degli esami da eseguire;
- c) Il personale infermieristico convoca il personale ausiliario consegnando la/le richiesta/e relativa/e a **un solo paziente per volta**;
- d) Il personale ausiliario si reca nel reparto di riferimento, consegna la richiesta di prestazione al personale infermieristico del reparto suddetto;
- e) Una volta individuato il paziente da accompagnare presso il servizio di radiodiagnostica, il personale infermieristico del reparto verifica l'identità del paziente secondo quanto previsto dal punto 6.0. In caso di paziente non collaborante la verifica può avvalersi dei parenti/caregiver eventualmente presenti;
- f) Accertata la corretta corrispondenza, il personale ausiliario, insieme al paziente da accompagnare, si reca presso lo sportello di accettazione interno al servizio di radiodiagnostica e successivamente presso la sala diagnostica di riferimento;
- g) Il personale infermieristico del servizio di radiodiagnostica verifica la corrispondenza tra paziente, braccialetto identificativo (presente per i reparti che utilizzano la cartella clinica elettronica) o la cartella clinica (che deve obbligatoriamente accompagnare tutti i pazienti provenienti dai reparti che non utilizzano la cartella clinica elettronica) e la richiesta;
- h) Il personale infermieristico prepara il paziente, lo accompagna in sala diagnostica e consegna la richiesta al TSRM (o Medico Radiologo in caso di ecografia) il quale verifica nuovamente la corrispondenza tra paziente braccialetto identificativo (presente per i reparti che utilizzano la cartella clinica elettronica) o la cartella clinica (che deve obbligatoriamente accompagnare tutti i pazienti provenienti dai reparti che non utilizzano la cartella clinica elettronica) e richiesta della prestazione.

UTENTI ESTERNI

- a) Il paziente prenota la prestazione di radiodiagnostica presso il CUP. Al paziente viene consegnato il materiale informativo relativo alla prestazione richiesta e comunicato l'ammontare del ticket ove previsto. In questa fase va acquisita la firma per l'autocertificazione della fascia di reddito e la verifica del pagamento del ticket o dell'impegno al pagamento. **Il paziente viene informato che per l'esecuzione dell'esame dovrà esibire un documento di riconoscimento valido e che la tessera sanitaria non è un documento di riconoscimento.** Nel caso in cui il paziente necessiti di ulteriori informazioni e/o documentazione sulla preparazione all'esame, ove non possano essere forniti in questa fase, viene invitato dagli stessi operatori a recarsi presso l'accettazione della Radiologia;
- b) Il giorno dell'esame il paziente si presenta all'accettazione della Radiologia con tutta la documentazione richiesta e la consegna all'operatore addetto all'accettazione che ne valuta la completezza e provvede ad eseguire:
 - 1. l'identificazione del paziente secondo quanto previsto al punto 6.0;

2. l'inserimento prestazione con generazione e stampa del codice dell'esame;
 3. firma informativa privacy e del consenso informato (ove previsto);
- Al termine della procedura il paziente viene invitato ad accomodarsi in sala di attesa;

- c) Chiamata in sala del paziente:
1. l'operatore identifica il paziente secondo quanto previsto al punto 6.0;
 2. controlla la richiesta e gli eventuali esami utilizzati come supporto al fine di soddisfare il quesito clinico;
- d) Sulla base della lista di lavoro, l'infermiere o il TSRM/medico radiologo che eseguirà la prestazione accoglie il paziente nella sala diagnostica e raccoglie le informazioni utili alla conduzione dell'indagine radiologica. Durante questa fase vengono raccolte le attestazioni firmate di:
1. assenza stato di gravidanza;
 2. in caso di minore consenso all'esecuzione dell'esame dal legale rappresentante di persone fisiche, di tutore, curatore e simili (D.P.R. N. 445/2009) o delega firmata ad altra figura per prestazione a minori o in presenza di incapacità di intendere e di volere;
 3. presenza di barriera linguistica;
 4. inquadramento clinico laboratoristico anamnestico;
 5. presenza di Pace Maker o altri dispositivi impiantabili (in caso di RM);
- e) Il medico radiologo valuta l'appropriatezza della richiesta di prestazione del medico prescrittore decide se eseguire o meno l'esame;
- f) Il consenso informato viene acquisito in caso di esami con somministrazione di mezzo di contrasto, di procedure invasive o di qualunque procedura che possa comportare significativi rischi per la salute del paziente. Il medico provvede a:
1. informare il paziente circa il significato, i rischi connessi e le indicazioni/controindicazioni all'esame, i possibili rischi e le possibili conseguenze del rifiuto dell'esame stesso. In caso di esami con mezzo di contrasto va verificata, in questa fase, l'anamnesi allergica;
 2. consegna il modulo per la raccolta del consenso informato. Il paziente firma in presenza del medico che a sua volta controfirma a conferma del fatto che ha correttamente compreso l'informazione che gli è stata data; in caso di paziente minore, dopo l'informazione verbale si raccoglie la firma del genitore o di chi esercita la patria potestà Il modulo firmato viene archiviato presso l'archivio della radiologia;
- g) L'infermiere e/o il TSRM e/o il medico radiologo verificano nuovamente l'identità del paziente: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente e la sua data di nascita. (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?");
- h) Sulla base dell'esame da eseguire (senza o con mezzo di contrasto), l'infermiere o il TSRM preparano il paziente all'esame;
- i) Il TSRM e/o il medico radiologo procedono all'esecuzione dell'esame;
- j) Terminato l'esame, l'infermiere e/o il TSRM controllano il paziente, lo aiutano ad alzarsi dal lettino e a rivestirsi e lo accompagnano all'uscita della sala diagnostica, in zona controllata al fine di verificare eventuali reazioni acute al mezzo di contrasto. All'uscita consegnano il foglio per il ritiro del referto ed eventuali istruzioni in merito a reazioni tardive da mezzo di contrasto;
- k) Il medico radiologo procede alla lettura ed interpretazione dell'esame per l'elaborazione del referto, controllando la concordanza tra nome cognome data di nascita e codice fiscale del paziente. Il medico chiude il referto che viene reso disponibile all'utente e archiviato per la conservazione a norma di legge.

BOX 5 – IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO

Le procedure di implementazione del Documento di indirizzo per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi, cui si rimanda, devono prevedere uno specifico capitolo sulla identificazione della coppia madre/neonato.

- a) In sala parto è indispensabile attivare quei meccanismi che garantiscano oltre alla corretta identificazione di madre e neonato anche il loro sicuro e stabile abbinamento;
- b) L'identificazione della coppia madre figlio viene compiuta dall'Ostetrica mediante applicazione del bracciale di gomma all'interno della sala parto, secondo quanto indicato nella relativa istruzione operativa;
- c) L'Ostetrica prima dell'espletamento del parto compila i due bracciali di gomma (uno per la madre e uno per il neonato con lo stesso codice) e applica relative targhette adesive sulla cartella clinica della partoriente, sul registro parti, sulla cartella del neonato e provvede all'invio dello stesso codice al nido da apporre alla culla del neonato;
- d) Tutti gli operatori verificano l'identificazione della madre e del neonato:
 - 1. prima del trasferimento dalla sala parto;
 - 2. prima di eseguire prelievi di sangue o campioni biologici sul neonato;
 - 3. prima di affidare il neonato ai genitori;
- e) Ove possibile è auspicabile l'utilizzo di kit a tre bracciali di gomma identificativi, da applicare oltre alla coppia mamma figlio, anche al padre del neonato, per la sua corretta identificazione e abbinamento nel momento del suo eventuale accesso al nido o in TIN.
- f) Nel caso in cui la madre non consenta di essere nominata deve essere prevista solo la modalità di identificazione del neonato in sala parto.

BOX 6 – TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI

Le procedure di implementazione della Raccomandazione n. 5 del ministero della salute sulla prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, cui si rimanda, devono prevedere uno specifico capitolo sulla identificazione del paziente da sottoporre a trasfusione di sangue o emocomponenti.

BOX 7 – SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Le procedure di implementazione del Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica, cui si rimanda, devono prevedere uno specifico capitolo sulla identificazione del paziente.

Prima di ogni somministrazione, colui che somministra deve provvedere all'identificazione del paziente controllandone cognome, nome e data di nascita riportati sulla scheda unica di terapia e tramite **identificazione attiva** (vedi punto 6.0) richiedendo al paziente le proprie generalità (se è in grado di farlo), oppure consultando la documentazione sanitaria. Laddove applicato il braccialetto identificativo l'infermiere deve controllare le generalità sul braccialetto, verificando la corrispondenza tra il paziente identificato e la prescrizione o il trattamento indicato sulla documentazione sanitaria.

BOX 8 – BLOCCO OPERATORIO

Le procedure di implementazione della Raccomandazione n. 3 del ministero della salute sulla corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura, cui si rimanda, devono prevedere uno specifico capitolo sulla identificazione del paziente.

BOX 9 – TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO

Le procedure di implementazione della Raccomandazione n. 11 del ministero della salute sulla prevenzione della morte o grave danno da malfunzionamento sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero), cui si rimanda, devono prevedere uno specifico capitolo sulla identificazione del paziente.

8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 3 sulla corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" (2008);
2. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (2007);
3. Ministero della Salute - Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita (2014);
4. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 11 per la prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)" (2010);
5. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 1 sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio (2005);
6. Ministero della salute - Raccomandazione n. 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (2007);
7. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 10 per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (2009);
8. Ministero della Salute - Raccomandazione n.12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" (LASA) (2010);
9. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 14 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici (2012);
10. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 17 per la riconciliazione della terapia farmacologica (2014);
11. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 18 per la prevenzione degli errori in terapia dovuti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle (2018);
12. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide (2019);
13. Ministero della Salute - Raccomandazione n. 5 sulla prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO (aggiornamento 2020);
14. Determinazione n. G09765 del 31 luglio 2018 della Regione Lazio recante: Revisione del Documento di indirizzo per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi;
15. Determinazione n. G07557 del 25 giugno 2020 della Regione Lazio recante: Approvazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" e del "Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio".