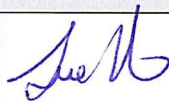
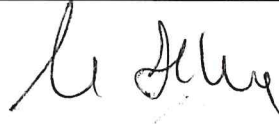


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12 LUG 2021
		Pag. 1 di 21

U.O.C. RISK MANAGEMENT, QUALITÀ E AUDIT CLINICO

PROPOSTO	FIRMA	APPROVATO	FIRMA
Direttore DMO Dott. L. Casertano		U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dott. M. Musolino	
Direttore UOC Distretto 2 Salario Mirtense Dott. G. D'Agostino			
Direttore UOC GPA Dott.ssa A. Barsacchi		Direzione Sanitaria Dott.ssa A. De Luca	

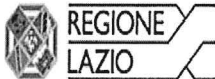
Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.

Gruppo di Lavoro:

Direttore UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico - Dott. M. Musolino
 Direttore DMO – Dott. L. Casertano
 Direttore UOC Distretto 2 – Salario Mirtense – Dott. G. D'Agostino
 Direttore UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza – Dott. F. Mancini
 Direttore UOC Chirurgia Generale – Dott. I. Raparelli
 Responsabile UOC Ostetricia e Ginecologia – Dott. V. Spina
 Responsabile UOSD Medicina Immunotrasfusionale – E. Gentileschi
 Direttore UOC Diagnostica per Immagini – S. Canitano
 UOSD Sistema Informatico – Dott.ssa C. Menicucci
 Staff UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico – Dott.ssa C. Graziani

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
26/04/2016	0	1° STESURA
12/07/2021	1	REVISIONE

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 2 di 21

INDICE

1.	INTRODUZIONE.....	3
2.	SCOPO E OBIETTIVO.....	4
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4.	DESTINATARI.....	5
5.	RESPONSABILITA'	5
5.1	MATRICE DI RESPONSABILITA'.....	5
6.	DESCRIZIONE ATTIVITA'.....	6
6.1	ACCERTAMENTO D'IDENTITA'	6
6.2	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO.....	9
6.2.1	LA CONDIZIONE DI PAZIENTE IGNOTO E LO STATUS DI PAZIENTE ANONIMO.....	9
6.3	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE ALL'ACCESSO IN REPARTO.....	11
6.4	PAZIENTI AMBULATORIALI.....	12
6.4.1	FASE DI PRENOTAZIONE.....	12
6.4.2	FASE PRECEDENTE L'ESECUZIONE DI UNA PROCEDURA DIAGNOSTICA.....	13
6.5	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA.....	13
6.5.1	PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO.....	13
6.5.2	UTENTI ESTERNI.....	14
6.6	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO.....	15
6.7	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE INVIATO A CONSULENZA.....	16
6.8	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PZ PER LA SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI.....	17
6.9	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI.....	18
6.10	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PER L'INTERVENTO CHIRURGICO.....	18
6.11	PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PZ PER IL TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO.....	19
7.	INDICATORI.....	20
8.	REVISIONE.....	20
9.	FLUSSI DI DISTRIBUZIONE.....	20
10.	BIBLIOGRAFIA.....	21

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 3 di 21

1. INTRODUZIONE

La presente procedura di sicurezza è stata elaborata in ottemperanza a quanto disposto dal Ministero della Salute relativamente alla **“Identificazione Corretta del Paziente”**. Nell’ambito della politica del governo clinico la corretta identificazione del paziente costituisce una delle principali raccomandazioni.

Rappresenta l’elemento chiave di gestione organizzativa, clinica e assistenziale rispetto all’impedire del verificarsi dell’evento sentinella “procedura in paziente sbagliato”. Come riportato in letteratura, tutti gli operatori sanitari sono esposti ad errori umani per possibili scambi accidentali di persona/paziente, che possono aver luogo in qualsiasi momento diagnostico e nell’ambito delle diverse fasi del processo di erogazione della specifica procedura diagnostica.

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

- Procedura in paziente sbagliato
- Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.

Fattori correlati al paziente, spesso contribuiscono al verificarsi di tali situazioni: il paziente 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.

La grande mole di lavoro da espletare in ristretti tempi di esecuzione, si configura come elemento critico nel contesto assistenziale.

In tutti i percorsi assistenziali, la corretta identificazione della persona assistita rappresenta il primo irrinunciabile atto della prestazione sanitaria.

L’errata identificazione della “persona assistita”, pone gravi problemi sul fronte della sicurezza del paziente, di seguito, sono elencate alcune delle conseguenze più frequenti di errori anagrafici prodotti da modalità identificative inadeguate:

- errata storia clinica della persona assistita;
- disagi alla persona (es. problemi con assicurazioni);
- scambi di persona, doppia anagrafica, errore nei dati anagrafici comportano un costo per la lunga procedura di correzione dell’errore (fino a 4/5 mesi);
- coinvolgimento eventuale di referti istologici, di laboratorio, di radiologia, di trasfusioni, ecc.;
- errori di somministrazione di farmaci e nelle procedure diagnostiche;
- eventi sentinella particolarmente gravi come interventi chirurgici in persona assistita sbagliata, in parte del corpo sbagliata.

I momenti particolarmente critici per la corretta identificazione del paziente sono molti:

- 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;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 4 di 21

- trasferimento del paziente in altra U.O.

La presente procedura è stata predisposta in rispetto all'*International Patient Safety Goal* n. 1 della Joint Commission International, per cui *"L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione della persona assistita"*.

Tutto il personale sanitario e di supporto che si trova coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni individuali alla "persona assistita" deve sempre effettuare la corretta identificazione del paziente.

2. SCOPO E OBIETTIVO

La presente procedura ha lo scopo di descrivere le modalità operative al fine di identificare correttamente la "persona assistita" in regime di ricovero ed in ambito ambulatoriale prima di sottoporlo a procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative.

Gli obiettivi sono:

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

È necessario migliorare il processo d'identificazione del paziente soprattutto in particolari momenti quali:

- somministrazione di farmaci;
- somministrazione di sangue ed emocomponenti;
- 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;
- procedure diagnostiche o terapeutiche in regime ambulatoriale;
- trasferimento del paziente in altra U.O.

onde eliminare ogni possibile errore di scambio persona.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura per la corretta identificazione del paziente si applica a tutte le strutture dell'Azienda nelle quali vengono erogate qualsiasi tipologia di procedura ed in particolare nelle seguenti situazioni:

- accesso al Pronto Soccorso
- accesso ai Servizi Ambulatoriali territoriali (Poliambulatori, Casa della Salute)
- accesso al Reparto
- dopo il parto

Gli ambiti considerati dalla procedura si riferiscono a:

- prestazioni di Pronto Soccorso
- ricoveri ordinari programmati
- ricoveri in day hospital / day surgery
- prestazioni di diagnosi e cura ambulatoriali

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 5 di 21

4. DESTINATARI

La presente procedura deve essere utilizzata da tutto il personale sanitario e di supporto (OSA, OSS, etc) di tutte le UU.OO. e i servizi dell'Azienda, quale pratica d'identificazione del paziente in tutte le sedi e in tutte le situazioni.

5. RESPONSABILITA'

Tutti gli operatori che partecipano al processo di diagnosi, di cura e di assistenza del paziente sono responsabili dell'applicazione dei comportamenti definiti dalla presente procedura. I Direttori/Responsabili ed i Coordinatori infermieristici di tutte le Unità Operative sono tenuti a garantire l'applicazione della procedura presso la propria struttura.

5.1 MATRICE DI RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	Infermiere Triage / Ambulatori	Infermiere Di Reparto	Coordinatore Inf.	Dirigente Medico	Infermiere / Tsm
Accettazione del paziente PS / Ambulatori: richiesta dati identificativi al paziente/parenti e conferma degli stessi attraverso il controllo di documenti di identificazione validi	R				
Accettazione del paziente in reparto: richiesta dati identificativi al paziente /parenti e conferma degli stessi attraverso il controllo dei documenti d'identificazione validi e confronto con quanto riportato nella relativa documentazione clinica (verbale PS, foglio accettazione)		R	C	C	
Identificazione attiva del paziente prima di ogni procedura assistenziale ed in particolare nei seguenti momenti: - somministrazione di farmaci; - somministrazione di sangue ed emocomponenti; - 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; - procedure diagnostiche o terapeutiche in regime ambulatoriale; - trasferimento del paziente in altra U.O.	R (per gli ambiti di propria competenza)	R (per gli ambiti di propria competenza)	C	R (per gli ambiti di propria competenza)	R (per gli ambiti di propria competenza)

R= Responsabile; C= Coinvolto/collabora; I= Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 6 di 21

6. DESCRIZIONE ATTIVITA'

6.1 ACCERTAMENTO D'IDENTITA'

La corretta identificazione del paziente prevede diverse modalità:

- accertamento verbale (nome e cognome del paziente e data di nascita);
- accertamento di identità a mezzo di documento identificativo valido;
- un braccialetto con codice a barre.

N.B.: Il numero di stanza, letto o reparto del paziente NON possono essere utilizzati in quanto non sono affidabili.

L'identità **non può essere autocertificata**: la "persona assistita" in ambito sanitario può essere identificata solo tramite un valido documento di riconoscimento: infatti, il significato di documento d'identità è l'attestazione rilasciata al cittadino dalle Autorità preposte contenente dati anagrafici e 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.

Solitamente, in fase di primo accesso ad una struttura sanitaria, non sempre la "persona assistita" ha documenti d'identità validi per il suo riconoscimento.

I principali documenti esibiti dai pazienti con cui, solitamente, cercano di attestare la propria identità sono:

- la carta d'identità
- la tessera sanitaria¹
- la Tessera Europea di Assistenza per Malattia (TEAM)²

DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO VALIDI PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA "PERSONA ASSISTITA"

Cittadini italiani e stranieri residenti

La "carta d'identità" è, in ambito sanitario, il documento di riconoscimento più appropriato per procedere all'identificazione della "persona assistita" nel nostro Paese; infatti, tutti i cittadini italiani e gli stranieri regolarmente residenti sul territorio nazionale ne sono in possesso.

¹ La Tessera Sanitaria contiene:

- 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
- 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 dell'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).

² Tessera Europea di Assistenza per Malattia (TEAM)

Valida per l'Assistenza sanitaria in tutti i paesi dell'Unione Europea, in quelli appartenenti all'area SSE (Spazio Economico Europeo) - cioè Norvegia, Islanda e Liechtenstein e in Svizzera -, la TEAM sostituisce il modello "E 111" ed il vantaggio per i cittadini sta proprio in questo, poiché in caso di soggiorno in uno degli stati sopra elencati, il possessore della TEAM ha diritto all'assistenza sanitaria *de facto*, senza altre autorizzazioni preventive.²

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 7 di 21

In alternativa alla "carta d'identità" per lo stesso scopo possono essere validamente impiegati i seguenti documenti di riconoscimento dell'identità della persona assistita (documenti equipollenti³ alla "carta d'identità"):

- il passaporto
- la patente di guida
- la patente nautica
- il libretto di pensione
- il patentino di abilitazione alla conduzione d'impianti termici
- il porto d'armi
- le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato

N.B. La tessera sanitaria non è un documento di riconoscimento poiché non ha la foto identificativa.

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 o il passaporto o anche uno dei seguenti documenti, equivalenti al passaporto:

- titolo di viaggio per apolidi⁴
- titolo di viaggio per rifugiati⁵
- titolo di viaggio per stranieri⁶
- libretto di navigazione⁷
- documento di navigazione aerea⁸
- lasciapassare delle Nazioni Unite⁹
- documento rilasciato da un Quartier Generale della NATO¹⁰
- carta d'identità (ed altri documenti)¹¹
- elenco di partecipanti a viaggi scolastici all'interno dell'U.E.¹²
- lasciapassare¹³

³ In base al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445; ved. anche:

http://www.giustizia.it/cassazione/leggi/dpr445_00.html#Articolo%2035

⁴ 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

⁵ 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.

⁶ Rilasciato a coloro che non possono ricevere un valido documento di viaggio dalle autorità del Paese di cui sono cittadini.

⁷ Documento professionale rilasciato ai marittimi per la loro attività. Valido per l'ingresso nello spazio Schengen solo per le esigenze professionali del marittimo.

⁸ Rilasciato ai piloti ed al personale di bordo delle compagnie aeree civili solo per motivi inerenti la loro attività lavorativa.

⁹ Rilasciato al personale ONU e a quello delle Istituzioni dipendenti.

¹⁰ 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.

¹¹ Per i cittadini degli Stati aderenti all'Accordo europeo sull'abolizione del passaporto. Valida per andare, a scopo turistico, nel territorio di uno degli stati stessi per i viaggi di durata inferiore a 3 mesi. È esente da visto.

¹² Rilasciata a studenti stranieri residenti negli stati dell'Unione Europea. I titolari sono esenti dall'obbligo di visto.

¹³ 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 in cui l'interessato è cittadino.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 8 di 21

- lasciapassare (o tessera) di frontiera¹⁴

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

Per i cittadini dell'Unione Europea che non hanno sottoscritto agli "accordi di Schengen" e per i cittadini di paesi extracomunitari che non hanno specifici accordi sulle frontiere con la Repubblica Italiana, è indispensabile il passaporto o il permesso di soggiorno oppure uno dei documenti equivalenti al passaporto sopra descritti.

Qualsiasi procedura di corretta identificazione della "persona assistita" finalizzata alla sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dovrà in tutti i casi rimanere vincolata al **rispetto del corretto trattamento dei dati personali**, come da disposizioni vigenti in materia (segreto d'ufficio, segreto professionale, norme sulla *privacy*), da parte di tutti gli operatori.

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

1. la verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la sua data di nascita. (es. ***"Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"***); la domanda dell'operatore **NON** deve suggerire la risposta (es. ***"Lei è il Signor Giuseppe Bianchi, nato il 13/07/1943 ?"***);
2. dopo che il paziente ha confermato i due identificativi l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sulla documentazione relativa alla prestazione da effettuare (scheda clinica / richiesta di esame).

L'identificazione deve essere eseguita dallo stesso operatore immediatamente prima di svolgere le procedure e i trattamenti sopra citati. Il controllo di identità deve essere messo in atto, anche quando il paziente è conosciuto dall'operatore che esegue la prestazione e che, con la propria firma, certificherà di averla eseguita.

Sistemi automatici e non bypassabili

Consistono in un braccialetto con *codice a barre* che consente l'identificazione certa dei pazienti. Il braccialetto è di solito apposto al polso, con il verso della scrittura in direzione della mano in modo da facilitare la rapida lettura; può essere applicato in ordine di preferenza anche a:

- braccio sinistro
- braccio destro
- caviglia sinistra
- caviglia destra

N.B. 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

¹⁴ 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.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 9 di 21

rispettare tutti i punti previsti dalla procedura.

6.2 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO

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

E' 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.

La Procedura standard per l'identificazione del paziente richiede l'utilizzo di almeno due dati identificativi e prevede che l'operatore chieda al paziente di dichiarare:

- il proprio nome e cognome
- la propria data di nascita.

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 con la documentazione di cui deve disporre l'utente e deve apporre al paziente il braccialetto identificativo generato dal sistema GIPSE (con il codice a barre e il nome del paziente) che accompagnerà l'utente durante tutte le fasi di accertamento previste in Pronto Soccorso.

Se il paziente è privo di documenti d'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.

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.

6.2.1 LA CONDIZIONE DI PAZIENTE IGNOTO E LO STATUS DI PAZIENTE ANONIMO. CASI PARTICOLARI SULL'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO

Il paziente IGNOTO è il paziente di cui, al momento del triage, non si conoscono le generalità. In alcuni casi, durante la permanenza in Pronto Soccorso, o, successivamente, nel corso dell'eventuale ricovero, è possibile risalire all'identità del paziente, talvolta solo quando si sono risolti i motivi che ne avevano impedito il riconoscimento. Tra le cause più frequenti, oltre alla

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 10 di 21

assenza di documenti d'identità e/o all'assenza di accompagnatori al corrente delle generalità, ricordiamo:

- alterazione dello stato di coscienza;
- impossibilità a parlare, nonostante lo stato di coscienza integro;
- turbe psichiche (patologie psichiatriche, agitazione psicomotoria);
- pazienti stranieri con ostacolo linguistico alla comunicazione;
- pazienti che, per motivi giudiziari o, comunque, di sicurezza personale, rifiutano di fornire le proprie generalità.

La maggior parte dei pazienti ignoti, appartengono alla schiera dei *senza fissa dimora*, di quelle persone cioè prive di dimora adatta e stabile, in precarie condizioni materiali di esistenza, prive di una adeguata rete sociale di sostegno.

La gestione al triage del paziente ignoto, non solo deve mirare ad ottenere la consueta efficacia sanitaria, ma deve anche porre in essere tutte quelle procedure atte alla più rapida identificazione del paziente in relazione alle necessità cliniche e di informazione dei familiari, ove ve ne siano di rintracciabili.

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.

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.

L'infermiere di triage, qualunque sia il motivo della condizione di ignoto, deve:

- eseguire il processo come di solito, considerando che il limite più frequente è quello di non disporre di sufficienti informazioni per l'anamnesi;
- annotare dettagliatamente le caratteristiche fisionomiche e l'abbigliamento;
- valutare l'opportunità di avvisare l'autorità di Pubblica Sicurezza della presenza di un paziente ignoto fornendo tutti i dati utili all'identificazione.

N.B. se dovesse essere necessario eseguire lo "spoglio" del paziente in fase di triage, questo deve avvenire in presenza della guardia giurata, al fine di mettere al sicuro gli effetti personali che potrebbero facilitare il riconoscimento del paziente.

Nel caso in cui siano presenti pazienti più pazienti identificati come "IGNOTO", è necessario disporli in stanze differenti, o comunque non in spazi contigui. E' inoltre necessario predisporre sulla documentazione sanitaria di entrambi i pazienti, un messaggio di allerta ben visibile.

Appena possibile l'operatore dell'accettazione effettuerà la fotocopia del documento di riconoscimento che verrà allegata alla documentazione sanitaria.

Il paziente ANONIMO, invece, è quel paziente di cui si conoscono le generalità ma per la condizione particolare in cui si trova chiede che la sua identità non compaia sulla documentazione sanitaria.

Coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità né altri dati che valgano alla loro identificazione.

Il paziente che, sulla base delle norme vigenti, ha chiesto l'anonimato, 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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 11 di 21

documentazione sanitaria.

Nel caso in cui siano presenti più pazienti identificati come “ANONIMO”, è necessario disporli in stanze differenti, o comunque non in spazi contigui. E’ inoltre necessario predisporre sulla documentazione sanitaria di entrambi i pazienti, un messaggio di allerta ben visibile.

I soggetti che possono chiedere la tutela di anonimato sono:

- soggetti affetti da HIV (Legge 135/90);
- donne che chiedono di eseguire IVG o parto in anonimato R.D.24/12/1934 n. 2316 artt. 17 e 18 e Decreto Ministero delle Sanità n. 349 del 16/07/2001);
- chi ha subito violenza sessuale;
- chi assume sostanze stupefacenti/psicotrope/alcool (DPR 309/90);
- i collaboratori di giustizia.

In tali casi la volontà del paziente di non essere tracciato deve essere assicurata, in quanto coerente con le norme in materia di tutela del segreto professionale e con quanto disposto in tema di trattamento di informazioni di particolare delicatezza nel D.P.C.M. 3 settembre 2015 contenente il Regolamento sul Fascicolo Sanitario Elettronico. Si sottolinea che per tali categorie di pazienti, le norme appena richiamate non ammettono l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico da parte dei soggetti che erogano le prestazioni nel caso in cui l'assistito scelga di ricorrere alle prestazioni in anonimato.

La richiesta di ricorso all'anonimato deve essere registrata tramite compilazione di un modulo apposito (Allegato 1).

6.3 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE ALL'ACCESSO IN REPARTO

In Reparto il personale sanitario che accoglie il paziente 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.

Il personale sanitario controlla la corrispondenza dei dati anagrafici con l'identità riportata sui documenti.

Durante la degenza bisogna comunque sempre verificare i dati del paziente con: Nome, Cognome e data di nascita durante ogni atto assistenziale (somministrazione di farmaci, di sangue, prelievi, campioni biologici, terapie, indagini diagnostiche, procedure). In caso di paziente non collaborante verificare il documento di riconoscimento allegato alla cartella clinica.

Per tutti i reparti:

- gli operatori devono identificare l'identità del paziente prima di ogni atto diagnostico, terapeutico, assistenziale e di qualsiasi trasporto intra od extra ospedaliero (ad esempio per esecuzione esami, per ricovero in altro reparto o per trasferimento presso altra struttura);
- la verifica dell'identità del paziente deve essere effettuata verbalmente ove possibile. In caso di paziente non collaborante verificare il documento di riconoscimento allegato alla cartella clinica;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 12 di 21

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

Paziente inviato a consulenza:

- confermare l’identità del paziente chiedendo nome, cognome e 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;
- va evitata l’esecuzione di consulenze su pazienti privi di cartella clinica del reparto di provenienza. Nei casi di dubbi si raccomanda il contatto diretto tra le UU.OO. il cui esito va formalizzato sulla documentazione sanitaria del paziente.

6.4 PAZIENTI AMBULATORIALI

Si è ritenuto opportuno distinguere la fase di prenotazione (nel caso di prestazioni prenotate tramite CUP) da quella di esecuzione dell'esame per rilevare l'importanza dei doppi controlli nelle fasi di passaggio.

6.4.1 FASE DI PRENOTAZIONE

Nella fase di accettazione della "persona assistita" in ambulatorio la sua identificazione avviene per conto dell'addetto all'accettazione che avvia tale fase solo dopo la presentazione del documento di riconoscimento o della tessera sanitaria da parte della "persona assistita". L'addetto all'accettazione ha, inoltre, a sua disposizione i dati riportati sulla richiesta formulata dal medico, che propone l'esame su ricettario nazionale, che confronta con i dati riportati nel documento di riconoscimento. Ogni richiesta, infatti, deve contenere¹⁵:

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

¹⁵ Così come previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 (G.U. n. 125 Suppl. Ord. Del 31 maggio 1995 comma 5.1 Come richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 13 di 21

L'addetto all'accettazione - quando l'impegnativa non è compilata, come previsto, in tutte le parti o è compilata in modo difforme o è illeggibile - si attiva nei confronti della "persona assistita" e/o del medico curante per riportare le richieste alle condizioni previste; 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 provvede all'identificazione delle persone assistite, all'inserimento dei loro dati nel terminale, alle verifiche necessarie alla completa comprensione di quanto richiesto, alle prenotazioni ed alla stampa dei documenti di lavoro.

6.4.2 FASE PRECEDENTE L'ESECUZIONE DI UNA PROCEDURA DIAGNOSTICA

Tutti i pazienti non ricoverati devono essere identificati prima dell'erogazione di qualsiasi procedura sanitaria.

La Procedura standard per l'identificazione del paziente richiede l'utilizzo di almeno due dati identificativi e prevede che l'operatore chieda al paziente di dichiarare:

- il proprio nome e cognome
- la propria data di nascita.

L'operatore deve quindi verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione di cui deve disporre l'utente:

- un documento identificativo
- la tessera sanitaria.

6.5 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA

6.5.1 PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO E PROVENIENTI DA PRONTO SOCCORSO

- Dopo aver stilato la lista di lavoro nelle diverse sale diagnostiche (RX, ecografia, TC, RMN) vengono selezionate le relative richieste inerenti i pazienti in regime di ricovero o afferenti al Pronto Soccorso.
- Il personale infermieristico concorda con il TSRM e Medico Radiologo l'ordine degli esami da eseguire.
- Il personale infermieristico convoca il personale ausiliario e fornisce il nominativo del paziente che dovrà eseguire la prestazione (un solo paziente per volta).
- Il personale ausiliario che si reca al reparto di riferimento, una volta individuato il paziente da accompagnare presso la UOC "Diagnostica per Immagini", insieme al personale infermieristico del reparto verifica il riscontro tra il nome e cognome del paziente attraverso accertamento verbale o visione di un documento di identità, e cartella clinica. Qualora trattasi di paziente non collaborante la verifica va fatta attraverso l'ausilio di parenti/caregiver eventualmente presenti.
- Il personale ausiliario che si reca al Pronto Soccorso, individua il paziente da accompagnare presso la UOC "Diagnostica per immagini" con il personale infermieristico attraverso il braccialetto identificativo generato dal sistema GIPSE.
- Accertata la corretta corrispondenza, il personale ausiliario, insieme al paziente da

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 14 di 21

accompagnare, si reca presso lo sportello di accettazione interno alla UOC “Diagnostica per Immagini” per apporre l’etichetta sulla richiesta cartacea di prestazione. L’etichetta contiene i dati identificativi del paziente come nome cognome e data di nascita nonché numero di archivio interno del paziente e numero di prenotazione relativa alla prestazione da effettuare.

- Espletata la procedura sopra descritta il personale ausiliario si reca presso la sala diagnostica di riferimento e consegna la richiesta al personale infermieristico che verifica la corrispondenza tra paziente, cartella clinica e richiesta della prestazione.
- 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, cartella clinica e richiesta della prestazione.

6.5.2 UTENTI ESTERNI

Il paziente prenota la prestazione di radiodiagnostica presso un centro C.U.P. o presso un altro centro abilitato. Al paziente viene consegnato il materiale informativo relativo alla prestazione richiesta e l’ammontare del Ticket ove previsto. Nel caso in cui il paziente necessiti di informazioni e/o documentazione sulla preparazione all’esame, viene invitato dagli stessi operatori a recarsi presso l’accettazione della Radiologia per il ritiro della normativa necessaria.

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.

- Il giorno dell’esame il paziente si presenta all’accettazione della U.O. Radiologia con tutta la documentazione richiesta e la consegna all’operatore addetto all’accettazione che ne valuta la completezza e provvede ad eseguire:
 - l’identificazione del paziente tramite documento di identità e tessera sanitaria;
 - l’inserimento prestazione con generazione e stampa del codice dell’esame;
 - firma autocertificazione fascia di reddito;
 - verifica ticket o impegno al pagamento;
 - firma informativa Privacy e del consenso informato (ove previsto).

Al termine della procedura il paziente viene invitato ad accomodarsi in sala di attesa.

- Chiamata in sala del paziente:
 - identificazione del paziente, l’operatore chiede espressamente con domanda aperta l’identità del paziente (Nome e Cognome) e la sua data di nascita. (es. ***“Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?”***);
 - controllo richiesta;
 - richiesta di eventuali esami precedenti utilizzati come supporto al fine di soddisfare il quesito clinico.
- Sulla base della work list, 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 attestazione firmate di:

- assenza stato di gravidanza;
- 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;
- il medico valuta la richiesta di prestazione del medico prescrittore e giustifica la

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 15 di 21

- prestazione;
 - attestazioni raccolte in presenza di barriera linguistica;
 - inquadramento clinico laboratoristico anamnestico;
 - presenza di Pace Maker o altri dispositivi impiantabili (in caso di RM).
- d. Il consenso informato viene acquisito in caso di esami con somministrazione di mezzo di contrasto (MDC), di procedure invasive o di qualunque procedura che possa comportare significativi rischi per la salute del paziente.
 Il Medico e l'infermiere provvedono a:
 - informare il paziente circa il significato, 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 l'anamnesi allergica;
 - 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.
- e. 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 (Nome e Cognome) e la sua data di nascita. (es. ***"Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"***). A seconda dell'esame di diagnostica da eseguire (senza o con MDC), l'infermiere o il TSRM preparano il paziente all'esame. L'infermiere reperisce al paziente l'accesso venoso per l'iniezione del liquido (per esami con MDC); il paziente beve acqua o liquido necessario (bario...). Il paziente viene fatto spogliare e posizionato in maniera corretta su lettino di diagnostica.
- f. Il TSRM e/o il Medico Radiologo verificano l'identità del paziente l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la sua data di nascita. (es. ***"Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?"***). Sulla base dell'esame da effettuare, il TSRM e il medico radiologo procedono all'esecuzione dell'esame di riferimento. Per esami con MDC, l'infermiere collega l'iniettore del MDC all'accesso venoso del paziente e controlla la fase di iniezione dello stesso.
- g. Terminato l'esame, l'infermiere 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 MDC. All'uscita si consegna il foglio per il ritiro del referto ed eventuali istruzioni in merito a reazioni tardive da mezzo di contrasto.
- h. 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 mediante l'apposizione della firma digitale. Il referto viene quindi contestualmente reso disponibile all'esterno della Radiologia e quindi all'utente e viene archiviato nell'archivio legale per la conservazione a norma di legge.

6.6 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO

In sala parto è indispensabile attivare quei meccanismi che garantiscono oltre alla corretta identificazione di madre e neonato anche il loro sicuro e stabile abbinamento.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 16 di 21

L'identificazione della coppia madre figlio viene compiuta dall'Ostetrica mediante applicazione del bracciale di gomma all'interno della sala parto. 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. I due braccialetti devono essere applicati a puerpera e neonato subito dopo il parto e comunque all'interno della sala parto o della sala operatoria. In caso di parto plurimo ogni neonato avrà un braccialetto con numero progressivo e alla puerpera verrà applicato il corrispondente braccialetto per ogni neonato. 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.

Nel caso in cui il neonato debba essere trasferito in altre aree ospedaliere il neonatologo o il pediatra o il personale infermieristico dedicato all'assistenza dovrà accertarsi che al neonato sia stato applicato il braccialetto di identificazione e dovrà avere cura della continuità del suo posizionamento durante tutte le fasi del trasferimento. Qualora il neonato provenga da altre aree dello stesso Ospedale sarà compito dello stesso personale accertare, al momento dell'accoglimento, che il neonato sia provvisto del braccialetto di identificazione dell'area di origine (braccialetto che deve essere conservato fino alla dimissione) e/o rilevare eventuali altri elementi utili alla sua identificazione.

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 dare il neonato ai genitori.

Nel caso in cui la madre non consenta di essere nominata deve essere prevista solo la modalità di identificazione del neonato in sala parto. In questo caso alla donna è concessa, su richiesta, anche il diritto all'oblio, ossia alla cancellazione dei dati contenuti nella busta chiusa trascorsi dieci giorni dalla dimissione o dall'esecuzione della prestazione sanitaria.

Al momento della dimissione del neonato il personale sanitario dedicato all'assistenza dovrà accertarsi che il neonato sia provvisto del braccialetto di identificazione. In qualsiasi momento assistenziale che dalla nascita conduce alla dimissione del neonato, il personale addetto alle cure neonatali dovesse rilevare elementi di dubbio sulla appropriatezza o elementi di inadempienza deve darne immediata segnalazione alla Direzione Sanitaria.

6.7 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE INVIATO A CONSULENZA

In caso di espletamento di una consulenza occorre:

- confermare l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la sua data di nascita. (es. ***“Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?”***) che dovranno essere esattamente corrispondenti con quelli presenti sulla cartella clinica del Reparto di provenienza o sul foglio di richiesta del Pronto Soccorso, che accompagna il paziente;

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 17 di 21

- evitare l'esecuzione di consulenze su pazienti privi di cartella clinica del reparto di provenienza. In casi dubbi, si raccomanda contatto diretto tra le UUOO, anche con intervento dirimente di operatore dell'UO richiedente.

6.8 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Quando il paziente viene trasfuso per la prima volta, è necessario eseguire un prelievo per identificare il gruppo sanguigno e il fattore Rh; occorre inoltre eseguire un prelievo per il *cross math*, ovvero le prove crociate. Quest'ultimo è fondamentale per "testare" il sangue del ricevente con quello del donatore e valutare l'effettiva compatibilità fra i due. Ad ogni nuova richiesta di emazie, il prelievo per il cross match deve essere nuovamente eseguito, al fine di effettuare le prove crociate sulle nuove sacche che ogni volta vengono associate a quella richiesta.

L'infermiere esegue una corretta identificazione del paziente se quest'ultimo è in grado di fornire i propri dati anagrafici; occorre, quindi, chiedere al paziente nome, cognome e data di nascita.

Le domande che vengono poste devono sempre essere a risposta aperta, in modo che sia il paziente a comunicare in maniera esplicita i suoi dati. Non è sufficiente che egli risponda solamente "sì" o "no" alle nostre domande.

Per minimizzare il rischio di errore in fase di prelievo, le linee guida raccomandano di attaccare l'etichetta alla provetta prima di eseguire il prelievo, e utilizzare l'anagrafica presente sull'etichetta, insieme a quella presente sulla richiesta, per eseguire la corretta identificazione del paziente.

Le provette vanno sempre firmate dall'infermiere che esegue il prelievo. Se la provetta per il gruppo e la provetta per il cross match vengono eseguiti nello stesso momento, le linee guida raccomandano che vengano effettuati da due operatori diversi. Nel caso sia lo stesso infermiere ad eseguire il prelievo, le due provette devono essere prelevate in due momenti diversi. Il prelievo, insieme alla richiesta, verrà poi inviato al Centro Trasfusionale.

"Al momento della trasfusione, per prevenire l'errore di identificazione, va effettuata, in doppio, una verifica dell'identità tra ricevente e nominativo al quale l'unità è stata assegnata" (DPR 7 Aprile 1994).

Prima verifica – Infermiere:

- verifica la corrispondenza tra il numero sulla etichetta di prenotazione e quello dell'unità;
- verifica la corrispondenza tra identità del paziente, accertata quando possibile con domanda diretta, e nominativo del ricevente riportato sulla etichetta di prenotazione dell'unità;
- l'esecuzione del controllo è registrata mediante segnalazione firmata in cartella clinica/infermieristica.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 18 di 21

Seconda verifica – Medico:

- verifica la corrispondenza tra identità del paziente, accertata quando possibile con domanda diretta, e nominativo del ricevente riportato sulla etichetta di prenotazione dell'unità;
- controlla la compatibilità tra gruppo sanguigno del paziente (referto di gruppo) e gruppo sanguigno dell'unità da trasfondere;
- documenta l'esecuzione del controllo mediante firma in cartella clinica, ove esegue le ulteriori registrazioni.

6.9 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Prima di ogni somministrazione, colui che somministra deve provvedere al lavaggio/disinfezione delle mani, identificare il paziente controllandone cognome, nome e data di nascita (1° Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del paziente) riportati sulla Scheda Unica di Terapia ed effettuare l'**identificazione attiva** 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 verificare la corrispondenza tra il paziente identificato e la prescrizione o il trattamento indicato sulla documentazione sanitaria attraverso la scansione del braccialetto con lettore ottico.

6.10 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PER L'INTERVENTO CHIRURGICO

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Periodo immediatamente precedente l'invio del paziente in sala operatoria (reparto)

Al momento dell'invio del paziente in sala operatoria, l'infermiere del reparto di degenza deve procedere all'identificazione dello stesso: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la sua data di nascita (es. ***“Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?”***). Dopo l'identificazione del paziente, l'infermiere consegnerà all'operatore preposto al trasporto dello stesso in sala operatoria tutta la documentazione clinica.

Periodo precedente l'intervento (arrivo nel Blocco Operatorio)

All'arrivo del paziente nel Blocco Operatorio, l'infermiere deve verificare la congruenza tra il paziente e la documentazione clinica e prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive, deve chiedere allo stesso di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento ed il sito chirurgico. Le risposte del paziente devono essere congruenti con la documentazione clinica. Se il paziente per la propria condizione clinica o per età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla sua corretta identificazione è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 19 di 21

Prima dell'induzione dell'anestesia (Sign In)

Questa fase si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, al fine di prevenire gli errori di identificazione del paziente, del sito e/o della procedura, nonché al fine di evidenziare i fattori di rischio del paziente. Tutto il personale dell'equipe operatoria deve essere attento e coinvolto, al fine di rilevare eventuali mancanze o discrepanze. Prima dell'induzione dell'anestesia, l'infermiere compila la *"Checklist per la sicurezza in sala operatoria"*, chiede al paziente di confermare la propria identità, la sede dell'intervento, la procedura che sarà eseguita e il consenso all'intervento. Verifica l'eventuale presenza della marcatura del lato e con l'anestesista verifica verbalmente che siano stati valutati i controlli per la sicurezza dell'anestesia e che siano stati valutati i rischi di reazioni allergiche, di difficoltà di gestione delle vie aeree e di perdite ematiche.

N.B. La mancata risposta anche di uno solo degli items del SIGN IN non permette l'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)

Si tratta di un breve momento di "pausa chirurgica" che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea, all'interno della sala operatoria, con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico.

Controllo in doppio "Double Check"

Due componenti dell'equipe operatoria verificano l'identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico visualizzando le immagini e le indagini diagnostiche. Il primo controllo deve essere eseguito dal medico operatore che esegue l'intervento, il secondo controllo deve essere eseguito da un altro componente dell'equipe per confermare le informazioni riguardanti:

- la corretta identità del paziente
- la correttezza della procedura e del sito chirurgico

6.11 PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE PER IL TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO

Durante tutte le fasi del trasporto intra ed extraospedaliero occorre procedere con l'identificazione del paziente chiedendo allo stesso nome, cognome e data di nascita e controllare che i dati anagrafici siano coerenti con quelli riportati nella documentazione sanitaria (per trasporti interni al nosocomio) o nel modulo della richiesta di trasferimento (per trasporti esterni al nosocomio). 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. In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici devono essere controllati attraverso il documento d'identità presente in cartella clinica o coinvolgendo i familiari o altre persone in grado di rispondere con certezza.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021 Pag. 20 di 21

Nel caso in cui un neonato debba essere trasferito in altre aree ospedaliere o in altri nosocomi, il neonatologo o il pediatra o il personale infermieristico dedicato all'assistenza dovrà accertarsi che al neonato sia stato applicato il braccialetto di identificazione e dovrà averne cura della continuità del suo posizionamento durante tutte le fasi del trasferimento.

7. INDICATORI

- N. di Incident reporting di errori sull' identificazione del paziente/anno.

8. REVISIONE

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PCD/110/11/2021 Rev. 1 Del 12/07/2021
		Pag. 21 di 21

10. BIBLIOGRAFIA

- Determinazione n. G11384 del 05/10/2020 della Regione Lazio recante: "Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente"