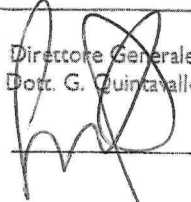
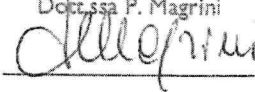
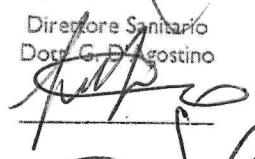
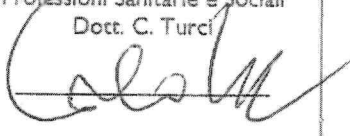
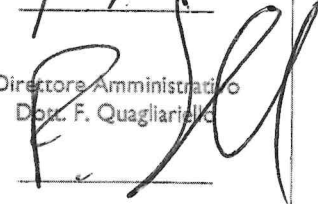


	Regione Lazio Asl Roma 1 UOC Risk Management Dir. Dott.ssa M. Quintili		
	Procedura per la corretta identificazione del paziente		Rev. 0 del 13/08/2026
	Pag. 1 di 13 PG RM 3		

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
0 (emissione)	13/08/2026	GdL	Dir. UOC Risk Management Dott.ssa M. Quintili 	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle 
			Dir. Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Magrini 	Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino 
			Dir. Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali Dott. C. Turci 	Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliariello 
Data pubblicazione: <u>27/08/2026</u>				

Gruppo di lavoro
 UOC Risk Management
 Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali
 UOC Medicina Legale

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. SCOPO E OBIETTIVI.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. ACRONIMI E ABBREVIAZIONI.....	3
5. MODALITÀ OPERATIVE	4
5.1 Accertamento dell'identità e identificativi della persona assistita	4
5.2 Identificativi della persona assistita.....	5
5.4 Quando deve essere identificato il paziente Il paziente deve attivamente essere identificato prima di:.....	5
5.5 Persona non collaborante	6
5.6 Barriere linguistiche o comunicative	6
5.7 Gestione del paziente ignoto	6
5.8 Percorsi in anonimato e condizioni soggette a particolare tutela.....	6
5.9 Accertamenti sottoposti a specifiche disposizioni	7
5.10 Gestione delle omonimie	8
5.11 Utilizzo del braccialetto identificativo	8
5.12 Modalità di identificazione del neonato.....	8
5.13 Modalità di identificazione del paziente in pronto Soccorso	8
5.14 Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di sangue ed emoderivati	9
5.15 Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di farmaci.....	9
5.16 Modalità di identificazione del paziente sottoposto a una procedura diagnostica o una consulenza fuori reparto	9
5.17 Modalità di identificazione del paziente per l'esecuzione di prelievi.....	9
5.18 Modalità di identificazione del paziente prima dell'esecuzione di un intervento chirurgico.....	9
5.19 Trasporto intra- ed extraospedaliero e trasferimenti	9
5.20 Gestione delle discrepanze	10
5.21 Indisponibilità dei sistemi informatici	10
6. FLOW-CHART OPERATIVA	11
7. RESPONSABILITA'	11
8. RIFERIMENTI	13
9. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	13
10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	13

I. INTRODUZIONE

La corretta identificazione della persona assistita rappresenta un requisito fondamentale per la sicurezza delle cure e deve essere garantita in tutte le fasi del percorso clinico-assistenziale. Gli errori possono verificarsi in qualsiasi setting e determinare una non corretta associazione tra paziente, prestazione, terapia, procedura, documentazione o campione biologico, con conseguenze anche gravi. Il rischio aumenta in presenza di condizioni che limitano la collaborazione del paziente, nei trasferimenti, nelle situazioni di urgenza e nei processi che coinvolgono più professionisti.

Per tale motivo è necessario adottare un processo aziendale uniforme, standardizzato e verificabile, basato sull'utilizzo di identificatori univoci e applicato prima di ogni prestazione o trattamento, in coerenza con le indicazioni della Regione Lazio e le Raccomandazioni ministeriali.

2. SCOPO E OBIETTIVI

La presente procedura ha lo scopo di definire modalità uniformi per la corretta identificazione della persona assistita, al fine di garantire la corrispondenza tra paziente e prestazione, trattamento, terapia, procedura, campione biologico, sangue/emocomponente, documentazione o referto.

In particolare, la procedura è finalizzata a:

- prevenire errori di identificazione e scambi di persona;
- garantire l'utilizzo di almeno due identificatori univoci (escludendo numero di stanza, posto letto, ubicazione, diagnosi o caratteristiche fisiche);
- assicurare la corretta identificazione, prima di somministrazioni farmacologiche e trasfusionali, prelievi e gestione dei campioni biologici, procedure diagnostiche, terapeutiche e assistenziali, trasferimenti e passaggi di consegna;
- uniformare i comportamenti nei diversi setting aziendali, comprese le attività ambulatoriali, territoriali, domiciliari e a distanza;
- definire le modalità di gestione delle situazioni a maggiore rischio, quali omonimia, paziente non collaborante, ignoto, anonimato previsto dalla normativa, assenza o rifiuto del braccialetto e indisponibilità dei sistemi informativi;
- garantire tracciabilità, gestione delle non conformità e monitoraggio dell'aderenza alla procedura.
- favorire in tempi congrui i passaggi previsti di Transitional Care del paziente ricoverato

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i setting assistenziali e in ogni fase del percorso di cura in cui sia necessario garantire la corretta associazione tra persona assistita, prestazione, trattamento, procedura, campione biologico o trasferimento.

4. ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

Acronimo	Significato
AB0	Sistema dei gruppi sanguigni AB0.
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico - Regione Lazio.
D.Lgs.	Decreto Legislativo.
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica.
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico.
GDPR	General Data Protection Regulation - Regolamento (UE) 2016/679.
HIV	Human Immunodeficiency Virus.

Acronimo	Significato
NAE	Nucleo Assistenza Emarginati: Unità della Polizia Locale / Servizi Sociali comunali dedicata al contrasto del degrado e al supporto delle fragilità sociali.
PS	Pronto Soccorso.
STI	Sistemi Informativi
SGSL	Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, secondo la denominazione utilizzata nell'applicativo/intranet aziendale richiamato nella procedura.
TEAM	Tessera Europea di Assicurazione Malattia.
RM	Risk Management.
U.O./ UU.OO.	Unità Operativa/Unità Operative
UOC	Unità Operativa Complessa.
UE	Unione Europea.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Accertamento dell'identità e identificativi della persona assistita

All'accesso alla Struttura l'identità della persona assistita deve essere accertata mediante un documento di riconoscimento valido.

La carta d'identità rappresenta il documento di riferimento. Ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, possono essere utilizzati, ove applicabile, anche i documenti di riconoscimento equipollenti, tra cui:

- 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.

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

Per i Cittadini dell'Unione Europea non aderenti agli accordi di Schengen e di paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia è indispensabile il passaporto o il permesso di soggiorno oppure uno dei documenti equipollenti al passaporto sopra descritti.

La tessera sanitaria e la TEAM non costituiscono documenti di riconoscimento validi ai fini dell'identificazione certa della persona assistita in quanto prive di fotografia identificativa.

5.2 Identificativi della persona assistita

Ai fini della sicurezza clinico-assistenziale, l'identificazione deve avvenire utilizzando almeno due identificatori univoci.

Gli identificatori di riferimento sono:

- nome e cognome;
- data di nascita.

Nome, cognome e data di nascita devono essere sempre trascritti nella documentazione sanitaria (cartella clinica e infermieristica, consenso informato, verbale operatorio, richieste consulenze, consulenze, richieste indagini di laboratorio, richieste di esami diagnostici, scheda terapia, scheda termometrica).

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

5.3 Modalità di identificazione del paziente: I due passaggi

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?").
- 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. Per gli accertamenti di identità dei soggetti che richiedono il test HIV, per le indagini tossicologiche a carattere medico-legale o per specifici disposti normativi (con catena di custodia) si fa riferimento alle disposizioni di legge così come per gli accertamenti di identità nella consegna dei referti.

In tutte le attività di identificazione del paziente gli operatori devono garantire il rispetto delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza e protezione dei dati personali, adottando tutte le misure necessarie per evitare la divulgazione non autorizzata di informazioni sanitarie.

5.4 Quando deve essere identificato il paziente

Il paziente deve attivamente essere identificato prima di:

- a) somministrazione di farmaci o altre terapie;
- b) somministrazione di sangue ed emocomponenti;
- c) prelievo di sangue o raccolta di altri campioni biologici;
- d) procedure diagnostiche;
- e) procedure terapeutiche o assistenziali;
- f) interventi chirurgici e procedure invasive;
- g) invio a consulenze o prestazioni presso altro servizio;
- h) trasferimenti intra- ed extraospedalieri;

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 5 di 13
--	---------	----------------------	--------------

- i) ogni altra attività nella quale sia necessario garantire la corretta associazione tra persona, prestazione e relativa documentazione.
- j) passaggi tra setting assistenziali.

Relativamente al punto i) passaggi tra setting assistenziali, l'identificazione del paziente e il possesso di un documento di identità valido è elemento fondamentale e necessario per consentire i trasferimenti in altre strutture sanitarie o socioassistenziali. Per questo motivo verificarne l'esistenza fin dal momento dell'accesso, significa ridurre i tempi qualora si rendesse necessario attivare altre modalità di riconoscimento. In questi casi l'Assistente Sociale ha il compito di verificare l'esistenza di un documento di identità valido e in caso negativo segnalarlo tempestivamente per l'avvio delle procedure necessarie al completamento del riconoscimento (ad es., attraverso il coinvolgimento del NAE e/o della Polizia Scientifica per il fotorilevamento e la raccolta delle impronte digitali).

L'identificazione del paziente si basa sui dati anagrafici riportati nel documento di riconoscimento ovvero forniti dai familiari, caregiver o accompagnatori acquisendone dichiarazione scritta e identificandoli mediante valido documento di riconoscimento.

Il paziente in coma sconosciuto lo si identifica con un codice alfanumerico che verrà riportato in tutta la documentazione sanitaria fino all'accertamento della sua identità.

5.5 Persona non collaborante

Quando la persona non sia in grado di dichiarare le proprie generalità per età, alterazione dello stato di coscienza, sedazione, disabilità, condizioni cliniche o altre cause, l'identificazione deve essere effettuata attraverso il confronto degli identificatori disponibili sul braccialetto, ove previsto, con la documentazione sanitaria e i sistemi informativi.

5.6 Barriere linguistiche o comunicative

In presenza di barriera linguistica o comunicativa devono essere utilizzati, quando disponibili, i servizi aziendali di mediazione linguistico-culturale e gli altri strumenti autorizzati dall'Azienda.

La difficoltà comunicativa non deve determinare il ricorso a modalità identificative meno sicure.

5.7 Gestione del paziente ignoto

Nel caso in cui non sia possibile accertare l'identità della persona, questa deve essere registrata come "PAZIENTE IGNOTO" e deve essere attribuito un codice identificativo univoco.

Il codice deve essere utilizzato in maniera uniforme nella documentazione sanitaria, sul braccialetto identificativo ove previsto, nelle prescrizioni, nelle richieste diagnostiche, sui campioni biologici e in ogni altra attività relativa al percorso assistenziale.

La condizione di paziente ignoto deve essere chiaramente riconoscibile dagli operatori autorizzati.

Una volta accertata l'identità, deve essere effettuata la riconciliazione anagrafica secondo le procedure aziendali, garantendo la tracciabilità delle modifiche e la corretta associazione di tutta la documentazione prodotta.

5.8 Percorsi in anonimato e condizioni soggette a particolare tutela

Il paziente ignoto deve essere distinto dalla persona per la quale la normativa prevede specifiche condizioni di anonimato o particolare tutela della riservatezza.

Ai sensi della normativa vigente, alcuni soggetti possono richiedere l'anonimato nell'ambito del percorso assistenziale.

Tra questi rientrano, a titolo esemplificativo:

- a) persone affette da HIV;
- b) persone che fanno uso di sostanze stupefacenti;
- c) persone con dipendenza da alcol;

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 6 di 13
--	---------	----------------------	--------------

- d) donne che richiedono il parto in anonimato;
- e) donne che si sottopongono ad interruzione volontaria di gravidanza;
- f) vittime di violenza sessuale o di genere;
- g) vittime di reati di pedofilia;
- h) soggetti sottoposti a misure di protezione della propria incolumità.

Relativamente al punto b) per la gestione del paziente in carico ai SERD, utilizzare le seguenti modalità operative:

Informazione e Consenso dell'Utente

- **Informativa Privacy:** Informare l'utente che è tutelato ai sensi del Testo Unico sulla Privacy.
- **Presa Visione:** Verificare l'avvenuta presa visione del consenso al trattamento dei dati personali.
- **Modulo di Anonimato:** Far sottoscrivere la richiesta di anonimato tramite l'apposito modulo prestampato, all'interno del quale deve essere indicato lo pseudonimo scelto.

Adempimenti Tecnici e Cartacei

- **Custodia dei Documenti:** Inserire in una busta chiusa la copia del documento di riconoscimento dell'utente in corso di validità.
- **Identificazione Busta:** Riportare sul frontespizio della busta chiusa il numero di cartella assegnato, indispensabile per risalire all'identità reale dell'intestatario.

Registrazione a Sistema (SIRD)

- **Inserimento Dati:** Al momento dell'inserimento dei dati nel programma SIRD, selezionare la voce "Utente in anonimato", registrando la scheda con lo pseudonimo scelto e il relativo numero di cartella.

Comunicazione all'Utente

- **Limitazioni Operative:** Spiegare chiaramente all'utente che alcune operazioni potranno essere effettuate solo ed esclusivamente con il nome reale. Tra queste rientrano:
 - La prescrizione di farmaci ed esami diagnostici;
 - Le richieste di ingresso in Comunità Terapeutiche o Cliniche;
 - Gli eventuali trasferimenti presso altri Servizi.

Il paziente che richieda l'anonimato deve essere preliminarmente identificato mediante documento di riconoscimento valido secondo le modalità previste dalla presente procedura.

Successivamente lo stesso deve essere registrato nei sistemi informativi aziendali secondo le modalità previste dalla normativa vigente e dalle procedure aziendali in materia di tutela della riservatezza.

A ciascun paziente anonimo deve essere attribuito un codice identificativo univoco che dovrà essere utilizzato su tutta la documentazione sanitaria e sul braccialetto identificativo ove previsto.

La condizione di paziente anonimo deve essere chiaramente segnalata agli operatori sanitari autorizzati mediante appositi sistemi di alert clinico e amministrativo nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

In presenza contemporanea di pazienti omonimi, anonimi o ignoti, devono essere adottate specifiche misure organizzative finalizzate ad evitare errori di identificazione.

5.9 Accertamenti sottoposti a specifiche disposizioni

Per l'identificazione nell'ambito di test HIV, accertamenti tossicologici con finalità medico-legale, attività soggette a catena di custodia, nonché negli altri casi disciplinati da specifiche disposizioni normative, si applicano le relative procedure.

Analogamente, per l'identificazione ai fini della consegna dei referti devono essere rispettate le specifiche disposizioni aziendali e normative.

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 7 di 13
--	---------	----------------------	--------------

In tutte le fasi del processo devono essere garantiti riservatezza e protezione dei dati personali.

5.10 Gestione delle omonimie

Nel caso di presenza contemporanea di pazienti omonimi, il personale sanitario deve adottare specifiche misure preventive finalizzate ad evitare errori di identificazione.

Ad esempio se due pazienti con lo stesso nome e cognome sono presenti contemporaneamente in reparto o in PS devono essere collocati in stanze diverse e la loro documentazione sanitaria deve riportare un segnale di allerta come ad esempio un bollino/etichetta rossa e tutto il personale deve essere informato della presenza di omonimia

5.11 Utilizzo del braccialetto identificativo

Nei setting nei quali è previsto, i dati anagrafici (nome, cognome e data di nascita) vengono trascritti sul braccialetto identificativo con pennarello indelebile e scrittura a stampatello o mediante utilizzo di applicativo informatico e successiva stampa con apposite stampanti. In caso di compilazione manuale devono essere utilizzati caratteri chiaramente leggibili. L'operatore che applica il braccialetto verifica preventivamente la corrispondenza degli identificatori con la persona assistita, chiedendo al paziente di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati riferiti dal paziente siano coerenti con quanto trascritto nel braccialetto.

Di norma il braccialetto deve essere apposto al polso, con il verso della scrittura in direzione della mano in modo da facilitare la rapida lettura.

Il personale dell'U.O. che ha in carico il paziente deve avere cura di controllare che il braccialetto venga mantenuto fino alla dimissione.

Le UU.OO. devono definire specifiche modalità organizzative per:

- gestione del paziente che rifiuti l'applicazione del braccialetto identificativo;
- gestione delle omonimie;
- gestione dei pazienti anonimi;
- gestione dei pazienti ignoti;
- sostituzione del braccialetto smarrito, deteriorato o rimosso;
- rimozione temporanea per esigenze assistenziali e successiva riapplicazione;
- gestione del paziente privo di braccialetto;
- identificazione del paziente deceduto;
- smaltimento dei braccialetti rimossi;
- gestione di eventuali malfunzionamenti dei sistemi informatici di stampa.

5.12 Modalità di identificazione del neonato

Vedi procedure aziendali da 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.

Il processo deve comunque garantire:

- identificazione immediata del neonato;
- associazione univoca madre-neonato;
- distinzione inequivocabile dei neonati in caso di parto plurimo;
- mantenimento dell'identificazione durante tutto il percorso assistenziale e nei trasferimenti.

5.13 Modalità di identificazione del paziente in pronto Soccorso

Vedi procedura aziendale per la corretta identificazione del paziente in Pronto Soccorso.

Il principio della corretta identificazione deve essere garantito sin dalla presa in carico e durante l'intero percorso.

Quando l'identità non sia accertabile, deve essere attribuito un codice univoco secondo il percorso previsto per il paziente ignoto, senza ritardare interventi urgenti o salvavita.

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 8 di 13
--	---------	----------------------	--------------

5.14 Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di sangue ed emoderivati

Vedi procedura aziendale da raccomandazione ministeriale di riferimento per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0

L'identità deve essere verificata al punto di cura immediatamente prima dell'avvio della trasfusione, garantendo la corrispondenza tra persona, documentazione e unità da somministrare.

5.15 Modalità di identificazione del paziente prima della somministrazione di farmaci

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

5.16 Modalità di identificazione del paziente sottoposto a una procedura diagnostica o una consulenza fuori reparto

Prima dell'invio del paziente a una procedura diagnostica o consulenza, l'operatore del servizio inviante verifica l'identità e la corrispondenza con la relativa richiesta.

Il servizio ricevente effettua una nuova identificazione al momento della presa in carico.

Immediatamente prima della prestazione, l'operatore che la esegue verifica nuovamente l'identità secondo le modalità previste dalla presente procedura.

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo laddove implementato, altrimenti consultare la documentazione sanitaria.

5.17 Modalità di identificazione del paziente per l'esecuzione di prelievi

Prima di effettuare il prelievo o raccogliere il campione, l'operatore verifica:

- identità della persona;
- richiesta;
- tipologia di esame;
- corrispondenza tra paziente e materiale destinato alla raccolta.

Quando possibile, la persona è identificata mediante domanda aperta.

Le etichette possono essere generate dal sistema secondo il processo organizzativo previsto, ma la corretta associazione tra persona, richiesta, contenitore ed etichetta deve essere verificata al punto di raccolta.

L'etichettatura deve essere effettuata secondo le procedure aziendali/laboratoristiche e comunque garantendo l'associazione certa del campione prima che l'operatore si allontani dalla persona assistita.

In caso di discordanza, il processo deve essere interrotto fino alla risoluzione dell'anomalia.

5.18 Modalità di identificazione del paziente prima dell'esecuzione di un intervento chirurgico

Vedi la procedura aziendale da Raccomandazione ministeriale n. 3 del Ministero della Salute sulla corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.

5.19 Trasporto intra- ed extraospedaliero e trasferimenti

Vedi la procedura aziendale da Raccomandazione ministeriale n. 11 del Ministero della Salute sulla prevenzione della morte o grave danno da malfunzionamento di un sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 9 di 13
--	---------	----------------------	--------------

5.20 Gestione delle discrepanze

In presenza di una discordanza tra identità dichiarata, braccialetto, documentazione, prescrizione, richiesta, campione o sistema informativo, l'attività deve essere sospesa fino alla risoluzione della discrepanza, salvo condizioni di emergenza non differibili.

La correzione deve essere effettuata esclusivamente dagli operatori autorizzati e deve essere garantita la tracciabilità delle modifiche.

Gli eventi avversi e i near miss correlati all'identificazione devono essere gestiti secondo il sistema aziendale di segnalazione e gestione del rischio clinico.

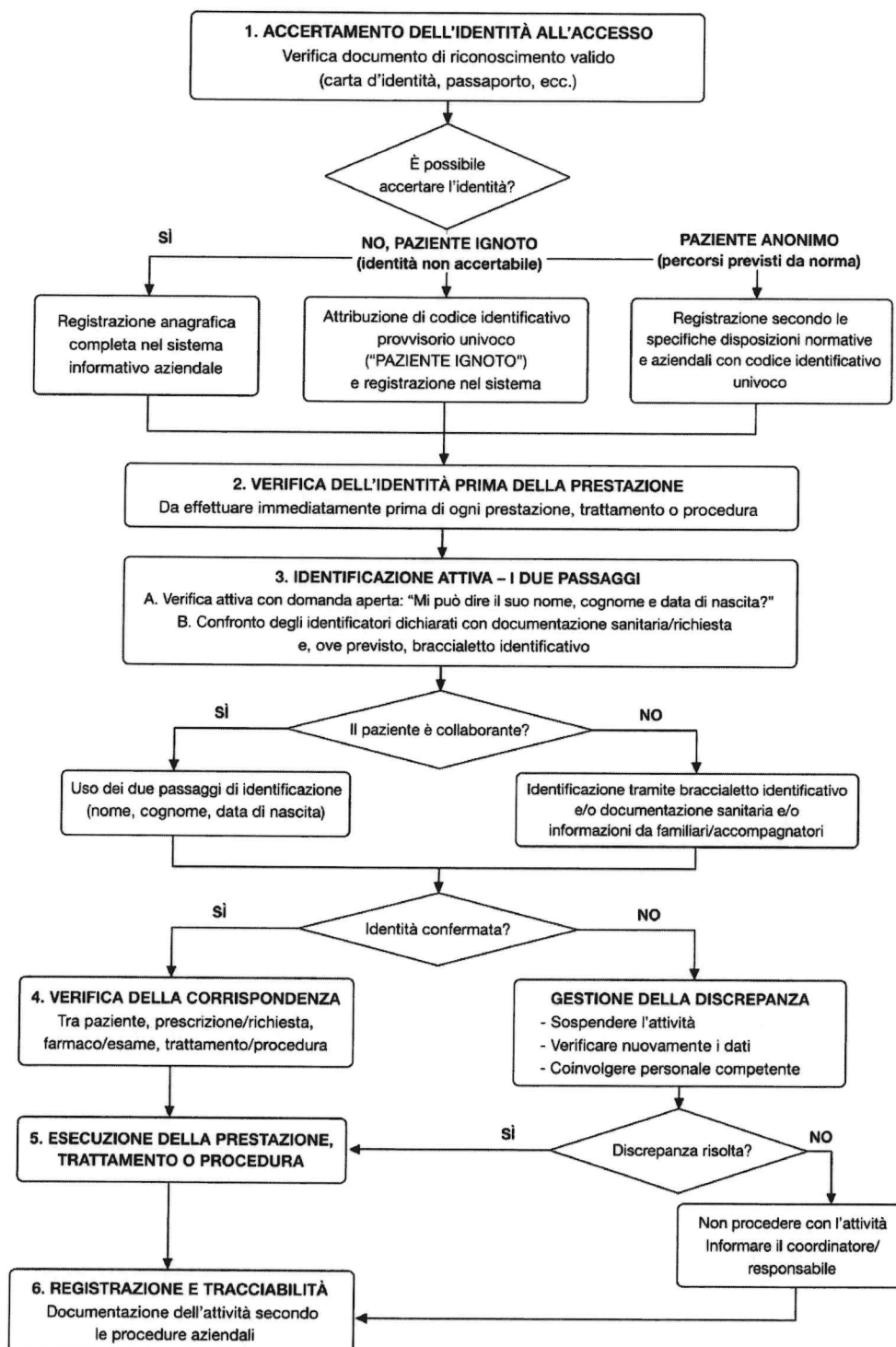
5.21 Indisponibilità dei sistemi informatici

In caso di indisponibilità dei sistemi informatici, delle stampanti o dei dispositivi utilizzati per l'identificazione, devono essere attivate le modalità di continuità operativa previste dall'Azienda.

Anche durante il downtime devono essere garantite l'identificazione univoca della persona, la corretta associazione con documentazione, prestazioni e campioni e la successiva riconciliazione dei dati al ripristino del sistema.

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 10 di 13
--	---------	----------------------	---------------

6. FLOW-CHART OPERATIVA



7. RESPONSABILITÀ

Tutti gli operatori coinvolti nel percorso assistenziale sono responsabili, per quanto di competenza, della corretta identificazione della persona assistita prima dell'esecuzione delle attività previste dalla prestazione. La verifica dell'identità immediatamente prima della prestazione è responsabilità dell'operatore che la esegue.

I Direttori/Responsabili di Struttura garantiscono l'applicazione della procedura; i Coordinatori/Responsabili organizzativi ne assicurano la diffusione, l'attuazione e la verifica dell'aderenza.

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 11 di 13
--	---------	----------------------	---------------

Le responsabilità delle singole attività sono definite nella matrice riportata di seguito (Tabella I).

Tabella I. Matrice delle Responsabilità

Attività	Direttore/ Responsabile UU.OO./Servizio	Coordinatore/ Responsabile organizzativo	Operatore accettazione/ registrazione	Esecutore della prestazione	Risk Management	STI
Garantire l'applicazione della procedura nella struttura	A	R	I	I	C	I
Diffusione della procedura e informazione del personale	A	R	I	I	C	I
Formazione/addestramento del personale	A	R	C	C	C	C
Corretta registrazione anagrafica all'accesso	I	C	R/A	I	I	C
Identificazione immediatamente prima di prestazioni, trattamenti e procedure	I	C	I	R/A	I	I
Applicazione, verifica e sostituzione del braccialetto identificativo, ove previsto	I	C	C	R	I	C
Identificazione del paziente non collaborante o con barriera comunicativa	I	C	C	R/A	C	I
Attribuzione e registrazione dell'identificativo provvisorio del paziente ignoto	I	C	R/A	C	C	C
Identificazione del paziente ignoto durante il percorso assistenziale	I	C	C	R/A	C	I
Riconciliazione anagrafica dopo accertamento dell'identità	I	C	R/A	C	C	C
Gestione di omonimie e alert anagrafici/identificativi	I	C	R/A	R	C	C
Associazione paziente-richiesta-campione ed etichettatura al punto di raccolta	I	C	I	R/A	I	C
Gestione della discrepanza identificativa e sospensione della prestazione	I	C	C	R/A	C	C
Segnalazione di evento avverso/near miss correlato all'identificazione	I	C	C	R/A	C	I
Analisi degli eventi e definizione delle azioni di miglioramento	C	C	I	C	R/A	C
Audit e monitoraggio dell'aderenza alla procedura e degli indicatori	C	C	I	C	R/A	I
Funzionamento dei sistemi di identificazione, stampa, barcode e tracciabilità	I	I	C	C	I	R/A
Applicazione delle modalità operative previste durante il downtime	I	C	C	R/A	C	C
Gestione tecnica del downtime e ripristino dei sistemi	I	I	C	C	I	R/A

Legenda: R = responsabile dell'esecuzione; A = responsabile ultimo/garante (responsabilità finale/organizzativa); C = consultato/coinvolto; I = informato.

** L'operatore di accettazione applica i criteri di identificazione nell'ambito della registrazione anagrafica; la verifica immediatamente prima della prestazione resta in capo al professionista che la esegue.*

*** Per il percorso trasfusionale si applicano anche le responsabilità definite dalla specifica procedura aziendale.*

**** In caso di downtime il professionista applica le modalità alternative previste per garantire identificazione e tracciabilità; i Sistemi Informativi sono responsabili degli aspetti tecnologici e del ripristino*

8. RIFERIMENTI

8.1 Riferimenti bibliografici e normativi

- Linee Guida Garante Privacy sul dossier sanitario;
- Documento di indirizzo sulla corretta identificazione del paziente - CRRC- Regione Lazio 25 settembre 2020
- Decreto Ministero Salute 7 settembre 2023 Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0;
- Eventuali riferimenti al DM 5 maggio 2025 sul parto in anonimato.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita e responsabilità professionale.
- DPR 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico in materia di documentazione amministrativa, con particolare riferimento ai documenti di identità e riconoscimento.
- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 101/2018.
- DPR 3 novembre 2000, n. 396, art. 30, per gli aspetti relativi al parto con volontà della madre di non essere nominata.
- Legge 5 giugno 1990, n. 135 e DPR 9 ottobre 1990, n. 309, art. 120, esclusivamente per gli specifici aspetti di riservatezza/anonimato previsti dalle rispettive discipline.

8.2 Riferimenti interni

- Procedure aziendali da raccomandazioni ministeriali sicurezza farmaci n. 1-7-10-12-14-17-18-19
- Procedura da raccomandazione ministeriale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO n. 5
- Procedure da raccomandazione ministeriali per la sicurezza in chirurgia- n. 2 e n. 3
- Procedure da raccomandazione ministeriali per la sicurezza del trasporto intra/extraospedaliero
- Procedure aziendali da 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.
- Procedura identificazione paziente nel PS

9. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è disponibile in formato digitale nell'applicativo intranet aziendale Risk Management SGSL a cui è possibile accedere con le proprie credenziali di dominio.

10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

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

Procedura per la corretta identificazione del paziente	PG RM 3	Rev.0 del 13/08/2026	Pag. 13 di 13
--	---------	----------------------	---------------