

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 22 luglio 2021, n. G09956

Approvazione della revisione del "Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita"

OGGETTO: Approvazione della revisione del “Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita”.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Ufficio programmazione e verifica attività specialistiche libera professione e governo delle liste di attesa;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale n. 18/94 recante “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020 n. 1044, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Massimo Annicchiarico;

VISTA la Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

CONSIDERATO che all’art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che “in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”;

VISTA la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2019, n. U00517 recante “Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”;

CONSIDERATO che la corretta identificazione del paziente rappresenta una barriera di sicurezza fondamentale per ridurre l’incidenza di *near miss*, eventi avversi e eventi sentinella durante l’erogazione di tutte le prestazioni clinico-assistenziali in tutti i *setting* organizzativi;

VISTA la Determinazione n. G11384 del 5 ottobre 2020 recante “Approvazione del ‘Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente’”;

CONSIDERATA la necessità di aggiornare il suddetto documento inserendo indicazioni specifiche nel caso di pazienti che richiedano l'anonimato durante il percorso clinico-assistenziale;

VISTA la revisione del "Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita" elaborata dal Centro Regionale Rischio Clinico, che si allega e forma parte integrante del presente provvedimento;

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che vengono integralmente richiamate:

1. di approvare la revisione del "Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita" che si allega e forma parte integrante del presente provvedimento e che sostituisce integralmente la precedente versione;
2. di stabilire che tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale adottino specifiche procedure, ove non siano già presenti, ovvero revisionino quelle eventualmente vigenti alla luce dei contenuti minimi del sopra citato documento entro il 31/12/2021.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di centoventi giorni, decorrenti dalla data di notifica o pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

IL DIRETTORE
Massimo Annicchiarico



REGIONE
LAZIO

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

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.

Revisione del documento a cura di:

Giuseppe Sabatelli¹; Giuseppe Vetrugno¹.

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

Revisione del 6 luglio 2021



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

INDICE

Elenco delle modifiche introdotte con la revisione		2
1.0	Introduzione e rationale del documento	3
2.0	Ambiti di applicazione	4
3.0	Definizioni e abbreviazioni	4
4.0	Modello teorico di riferimento	5
PRINCIPI GENERALI		6
5.0	Documenti validi per la corretta identificazione della persona assistita	6
	<i>5.1 Cittadini italiani e stranieri residenti</i>	6
	<i>5.2 Cittadini dell'Unione Europea dell'area Schengen e di Paesi extracomunitari con accordi bilaterali con l'Italia</i>	7
	<i>5.3 Cittadini dell'Unione Europea non aderenti agli accordi di Schengen e di Paesi extracomunitari senza accordi bilaterali con l'Italia</i>	7
6.0	I due passaggi dell'identificazione della persona assistita	7
7.0	Il braccialetto identificativo	8
BOX 1 – PRONTO SOCCORSO		9
BOX 2 – REPARTO DI DEGENZA		11
BOX 3 – AMBULATORIO		13
BOX 4 - RADIODIAGNOSTICA		14
BOX 5 – TRAVAGLIO/PARTO		16
BOX 6 – TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI		17
BOX 7 – SOMMINISTRAZIONE FARMACI		17
BOX 8 – BLOCCO OPERATORIO		17
BOX 9 – TRASPORTO INTRA/EXTRAOSPEDALIERO		17
BOX 10 – PERSONA CHE RICHIEDE L'ANONIMATO		18
8.0	Riferimenti bibliografici e normativi	19
	Allegato	20

MODIFICHE INTRODOTTE CON LA REVISIONE DEL DOCUMENTO

Oltre alla correzione di errori e refusi, le modifiche principali introdotte sono le seguenti:

1. La parola paziente è stata sostituita, ove possibile, da: “persona assistita” o “persona”;
2. Pagina 9, BOX 1 PRONTO SOCCORSO: modificata la lettera f);
3. Pagine 12: modificato il titolo del BOX 3 da PAZIENTI AMBULATORIALI in AMBULATORIO
4. Pagina 16: (a) modificato il titolo del BOX 5 da IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO in TRAVAGLIO/PARTO; (b) modificata la lettera f);
5. Aggiunto il BOX 10: PERSONA CHE RICHIEDE L’ANONIMATO.

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 della persona assistita (di seguito anche "persona"), dato che in molti casi lo scambio di informazioni e/o di persone non produce danni, rimanendo pertanto nascosto.

Il problema della identificazione della persona 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 persona ovvero a un *mismatch* fra documentazione sanitaria e persona assistita, 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 della persona assistita sono vari, ad esempio: il trattamento di casi di emergenza, le caratteristiche particolari della persona (che può essere sedata, disorientata 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 della persona assistita 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 della persona 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 in quelle già esistenti, al fine di identificare correttamente la persona assistita in regime di ricovero ed in ambito ambulatoriale prima di eseguire 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 la persona assistita.

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 persone assistite.
DOVE	<p>Il documento si applica a tutte le Strutture in cui si erogano prestazioni a persone, 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 <i>day hospital/day surgery</i>.</p> <p>IN CONSIDERAZIONE DELLE PECULIARI ESIGENZE CHE AD ESSA POSSONO ESSERE CORRELATI, IL DOCUMENTO NON SI APPLICA ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE A PERSONE A QUALSIASI TITOLO IN CARICO ALL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA, ASSISTITI IN STRUTTURE PROTETTE O PER I/LE 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 tutte le persone assistite 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 della persona assistita 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 PRIVO DI 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 PRIVO DI 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 della persona assistita, non sia possibile individuare “colonne”, poiché la corretta identificazione rappresenta essa stessa 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 della persona assistita prevede diverse modalità, di seguito elencate in ordine crescente di sicurezza:

- a) Accertamento verbale (nome e cognome della persona 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 della persona 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): la persona assistita può essere identificata 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 della persona assistita 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 della persona assistita 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 della persona assistita

5.1 Cittadini italiani e stranieri residenti

La carta d'identità è il documento di riconoscimento più appropriato per procedere all'identificazione della persona assistita. 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 della persona assistita

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

- a) la verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità della persona assistita 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 la persona assistita ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita 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 sulla persona assistita, anche quando questa è conosciuta dall'operatore che esegue la prestazione.

NB: la collocazione spaziale della persona assistita 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 per la riduzione degli errori nel riconoscimento della persona assistita.

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.

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 della persona assistita (mano usata per scrivere);
- b. Gestione della persona assistita che rifiuta di indossare il braccialetto;
- c. Gestione delle persone assistite che chiedono l'anonimato (nei casi previsti dalle norme vigenti);
- d. Gestione dei casi di omonimia;
- e. Gestione della persona assistita ignota;
- f. Gestione delle persone assistite 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 della persona assistita deceduta;
- l. Modalità di smaltimento dei braccialetti rimossi.

BOX 1 - PRONTO SOCCORSO

L'identificazione corretta della persona assistita che accede 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 queste 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 delle persone assistite tramite l'assegnazione del relativo codice di priorità.

In queste condizioni, l'obiettivo di una corretta identificazione della persona assistita sta nella sua **identificazione univoca all'interno del percorso clinico-assistenziale**, più che nell'immediato accertamento della corrispondenza fra generalità fornite, ove possibile, dalla stessa persona 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 alla persona assistita un documento di identità valido e di dichiarare nome, cognome e data di nascita, verificandone la corrispondenza;
- b) Se la persona assistita è priva di documenti di identità l'operatore deve chiedere 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 Della persona assistita appena possibile;
- c) Se la persona assistita per la propria condizione clinica (es. emergenza, perdita di coscienza, stato confusionale, coma farmacologico ecc.) o per età (bambini 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 la persona assistita e che dovranno comunque fornirne i documenti appena possibile;
- d) Se la persona assistita non è in grado di rispondere alle domande sulla propria identità, non ha accompagnatori, o comunque non possa essere correttamente identificato, deve essere identificata come PAZIENTE IGNOTO/A in tutta la documentazione che lo/la riguarda, fino a quando venga accertata la sua identità. La condizione di PAZIENTE IGNOTO/A va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al PAZIENTE IGNOTO/A il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo (ove presente) e riportato sulla documentazione clinica;
- e) Se la persona assistita, pur cosciente, rifiuta di fornire le proprie generalità per scelta deliberata o per le sue condizioni psichiche, va classificato come PAZIENTE IGNOTO/A. L'operatore addetto all'accettazione informa il medico che lo/la prende in carico. Questi valuterà l'opportunità di allertare l'autorità di pubblica sicurezza perché si proceda alla identificazione della persona assistita;
- f) Se si tratta di persona assistita che, sulla base delle norme vigenti, ha chiesto l'anonimato, si rimanda a quanto previsto nel BOX 10. In ogni caso anche al/alla PAZIENTE ANONIMO/A 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 persone assistite omonime o più persone identificate come ANONIMO/A o IGNOTO/A, è necessario disporli in stanze differenti, o comunque non in spazi

contigui. È inoltre necessario predisporre sulla documentazione sanitaria di queste persone assistite un messaggio di allerta, come per esempio un bollino di colore rosso;

- h) Dopo aver attribuito alla persona assistita 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 alla persona assistita 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 quella persona assistita (ad es.: ECG, EGA, sacco dello spoglio, oggetti personali, ecc.);
- j) Non appena possibile bisogna fare una copia del documento di riconoscimento della persona assistita 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** alla persona assistita;
2. L'applicazione del braccialetto è consigliabile che venga fatta sul lato dominante della persona assistita (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 alla persona assistita al momento del primo accesso;
4. Ogni operatore che veda una persona assistita privo del braccialetto ha la responsabilità di segnalarlo al proprio Responsabile, di identificarla e di riapplicarlo completo della etichetta riportante il codice numerico univoco attribuito alla persona assistita al momento del primo accesso;

PER TUTTI I PS (prestazioni successive all'accesso)

1. Gli operatori devono verificare l'identità della persona assistita 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 della persona assistita deve essere effettuata verbalmente, ove possibile (vedi punto 6.0 *I due passaggi dell'identificazione della persona assistita*), e **sempre** verificando la corrispondenza del codice numerico riportato sulla documentazione clinica con quello apposto sul braccialetto identificativo della persona assistita (ove presente);

BOX 2 – REPARTO DI DEGENZA

1. Il personale sanitario che accoglie la persona assistita in reparto deve accertarsi che i dati forniti dalla persona stessa o dai parenti, in caso di minore o di persona 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 la persona assistita provenga dal Pronto Soccorso, il personale sanitario che la accoglie verifica **sempre** la corrispondenza del codice numerico riportato sulla documentazione clinica con quello apposto sul braccialetto identificativo della persona (ove presente);

PER I REPARTI DOTATI DI BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO NEI CASI IN CUI È PREVISTA LA SOSTITUZIONE DEL BRACCIALETTO APPOSTO AL PS (ove presente)

1. Si taglia il braccialetto identificativo apposto al PS (ove presente);
2. Dopo l'accettazione della persona assistita si stampa un'etichetta adesiva riportante il codice numerico univoco corrispondente al numero nosologico della persona e la si appone al braccialetto identificativo che va applicato **immediatamente** alla persona;
3. L'applicazione del braccialetto è consigliabile che venga fatta sul lato dominante della persona assistita (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 alla persona al momento dell'accesso in reparto;
5. Ogni operatore che veda della persona assistita priva del braccialetto ha la responsabilità di segnalarlo al proprio Responsabile, di identificarla e di riapplicarlo completo della etichetta riportante il codice numerico univoco attribuito alla persona al momento dell'accesso in reparto.

PER TUTTI I REPARTI

1. Gli operatori devono verificare l'identità della persona assistita 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 della persona assistita deve essere effettuata verbalmente, ove possibile (vedi punto 6.0 *I due passaggi dell'identificazione della persona assistita*). In caso di persona non collaborante verificare il documento di riconoscimento allegato alla cartella clinica;
3. Se si tratta di una persona con identità sconosciuta o priva di documenti, questa deve essere identificata come PAZIENTE IGNOTO/A in tutta la documentazione che la riguarda, fino a quando venga accertata la sua identità. La condizione di PAZIENTE IGNOTO/A va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al/alla PAZIENTE IGNOTO/A 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 una persona assistita che, sulla base delle norme vigenti, ha chiesto l'anonimato, deve essere identificata come PAZIENTE ANONIMO/A in tutta la documentazione che la riguarda, e la condizione di PAZIENTE ANONIMO/A va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al/alla PAZIENTE

ANONIMO/A 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 persone omonime o più persone identificate come ANONIMO/A o IGNOTO/A, è necessario disporli in stanze differenti, o comunque non in spazi contigui. È inoltre necessario predisporre sulla documentazione sanitaria di queste persone assistite, un messaggio di allerta, come per esempio un bollino di colore rosso.

PERSONA ASSISTITA INVIATA A CONSULENZA

1. Confermare l'identità della persona assistita secondo le modalità previste al punto 6.0 chiedendo alla persona 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 la persona assistita;
2. Va evitata l'esecuzione di consulenze su persone assistite prive 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 della persona assistita.

BOX 3 – AMBULATORIO

AL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE

Nella fase di accettazione della persona assistita 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 della persona assistita
- b. codice fiscale della persona assistita, 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 **comunicando alla persona assistita che per l'esecuzione della prestazione richiesta sarà 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 le persone assistite non ricoverate devono essere identificate 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 della persona assistita 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 la persona assistita ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita con quella indicata sul documento di identità e sulla documentazione relativa alla prestazione da effettuare (scheda clinica / richiesta di esame).

BOX 4 – RADIODIAGNOSTICA

PERSONE ASSISTITE 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 le persone assistite 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 **una sola persona assistita 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 individuata la persona assistita da accompagnare presso il servizio di radiodiagnostica, il personale infermieristico del reparto ne verifica l'identità secondo quanto previsto dal punto 6.0. In caso di persona non collaborante la verifica può avvalersi dei parenti/caregiver eventualmente presenti;
- f) Accertata la corretta corrispondenza, il personale ausiliario, insieme alla persona assistita 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 persona assistita, braccialetto identificativo (presente per i reparti che utilizzano la cartella clinica elettronica) o la cartella clinica (che deve obbligatoriamente accompagnare tutte le persone assistite provenienti dai reparti che non utilizzano la cartella clinica elettronica) e la richiesta;
- h) Il personale infermieristico prepara la persona assistita, la accompagna in sala diagnostica e consegna la richiesta al TSRM (o Medico Radiologo in caso di ecografia) il quale verifica nuovamente la corrispondenza tra persona e braccialetto identificativo (presente per i reparti che utilizzano la cartella clinica elettronica) o cartella clinica (che deve obbligatoriamente accompagnare tutte le persone assistite provenienti dai reparti che non utilizzano la cartella clinica elettronica) e richiesta della prestazione.

UTENTI ESTERNI

- a) L'utente prenota la prestazione di radiodiagnostica presso il CUP il cui operatore consegna il materiale informativo relativo alla prestazione richiesta e comunica 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. **L'utente 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 l'utente 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 la persona destinataria della prestazione 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 della persona secondo quanto previsto al punto 6.0;
 2. l'inserimento della prestazione con generazione e stampa del codice dell'esame;

3. firma informativa privacy e del consenso informato (ove previsto);

Al termine della procedura la persona assistita viene invitata ad accomodarsi in sala di attesa;

c) Chiamata in sala della persona:

1. l'operatore identifica la persona 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 la persona 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 e 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 della persona. Il medico provvede a:

1. informare la persona 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. La persona 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 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 della persona: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità della persona 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 la persona 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 la persona, la aiutano ad alzarsi dal lettino e a rivestirsi e la 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 della persona. Il medico chiude il referto che viene reso disponibile all'utente e archiviato per la conservazione a norma di legge.

BOX 5 – TRAVAGLIO/PARTO

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 la modalità di identificazione del solo neonato in sala parto. Alla donna è anche concesso, su richiesta, il diritto all'oblio, ossia la cancellazione dei dati contenuti nella busta chiusa (vedi BOX 10) trascorsi dieci giorni dalla dimissione o dall'esecuzione della prestazione sanitaria.

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 della persona assistita 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 della persona assistita.

Prima di ogni somministrazione, colui che somministra deve provvedere all'identificazione della persona assistita controllandone cognome, nome e data di nascita riportati sulla scheda unica di terapia e tramite **identificazione attiva** (vedi punto 6.0) richiedendo alla persona 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 la persona assistita 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 della persona assistita.

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 della persona assistita.

BOX 10 – PERSONA ASSISTITA CHE RICHIEDE L'ANONIMATO

Il diritto all'anonimato è normativamente previsto per i seguenti casi:

- a) Persone affette da HIV (Legge 135/90);
- b) Persone dipendenti da alcol e droghe (DPR 309/90);
- c) Ricovero di donna che vuole partorire in anonimato (R.D. 24/12/34 n. 2316 artt. 17 e 18 e Decreto Ministero della Sanità n. 349 del 16/07/2001);
- d) Ricovero di donna che vuole sottoporsi a una interruzione volontaria di gravidanza in anonimato (Legge 194/78).

In tali casi la volontà della persona assistita 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 persone assistite, le norme appena richiamate non ammettono l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico da parte dei soggetti che erogano le prestazioni nel caso in cui la persona scelga di ricorrere alle prestazioni in anonimato.

Allo scopo di assicurare comunque la tracciabilità delle attività espletate e di garantire la continuità assistenziale multidisciplinare nel contesto del medesimo episodio di cura su più turni, è necessario quanto segue:

1. La persona assistita che richiede l'anonimato **deve comunque essere inizialmente identificata** dal personale curante nelle forme descritte dal presente documento. In assenza di un documento o di un atto (presenza di testimoni muniti essi stessi di documento di identità) che impedisca di accertare l'identità della persona richiedente l'anonimato, la richiesta non potrà essere accolta **non potendo essere ritenuta sufficiente un'autodichiarazione sulla propria identità** resa della persona assistita, in quanto l'autodichiarazione in questione è priva di valore probatorio poiché riportante dati non verificabili dal pubblico ufficiale investito dell'onere di registrarla;
2. La richiesta di ricorso all'anonimato deve essere registrata tramite la compilazione di un modulo apposito (vedi Allegato 1);
3. Una volta raccolta la richiesta, il personale sanitario accettante la persona assistita a ricovero o il personale amministrativo che abbia preso in carico lo stesso ai fini dell'esecuzione di una prestazione ambulatoriale inserisce il modulo in busta chiusa recante posteriormente la dicitura "CONTIENE DATI PAZIENTE ANONIMO/A" e l'etichetta identificativa anonimizzata riportante il codice numerico univoco della persona assistita e consegna la busta *brevi manu* alla Direzione Sanitaria per la sua conservazione.
4. La Direzione Sanitaria provvede a conservare le buste chiuse contenenti i dati delle persone assistite che hanno fatto ricorso all'anonimato in un armadio chiuso a chiave.

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".

Allegato

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA RICHIESTA DI ANONIMATO

Spazio per applicazione
etichetta contenente codice
numerico univoco

Spazio per applicazione
etichetta sanitario con
indicazione di Anonimo
Maschio/Femmina

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Qualifica			
DICHIARO CHE:			
Il/la paziente (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità (allegarne copia)		n.	del __/__/__
Rilasciato da:			
HA MANIFESTATO LA VOLONTÀ DI ESSERE TRATTATO IN ANONIMATO			
<p>Il/la paziente è stato/a ampiamente informato/a sui suoi diritti ed in particolare sul fatto che, a seguito dell'accoglimento dell'istanza, il proprio fascicolo di ricovero/ambulatorio riporterà la dicitura ANONIMO MASCHIO/FEMMINA, con data e luogo di nascita corrispondenti a quelli in concreto propri della persona in questione.</p>			
LA RICHIESTA DI ANONIMATO È MOTIVATA DA (barrare il caso corrispondente, non sono ammesse altre categorie di pazienti)			
<input type="checkbox"/> PERSONA AFFETTA DA HIV <input type="checkbox"/> PERSONA DIPENDENTE DA ALCOL <input type="checkbox"/> PERSONA DIPENDENTEI DA DROGHE		<input type="checkbox"/> DONNA CHE VUOLE PARTORIRE IN ANONIMATO <input type="checkbox"/> DONNA CHE VUOLE SOTTOPORSI A INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA IN ANONIMATO	
<ul style="list-style-type: none"> Il/la paziente in questione è stato/a reso/a edotto/a sugli effetti giuridici che la sua scelta comporta. In particolare, è stato/a informato/a del fatto che l'attribuzione dell'anonimato e della modalità di identificazione così descritta comporta che l'eventuale successiva richiesta di copia della documentazione sanitaria potrà avvenire solo richiamando il numero nosografico riferito all'eventuale ricovero oppure la data di esecuzione della prestazione ambulatoriale con specifica indicazione dell'orario e della tipologia della stessa. Il/la paziente in questione viene inoltre informato/a del fatto che la presente attestazione contenente le esatte coordinate anagrafiche collegate all'anonimato resterà conservata in busta chiusa in custodia presso la Direzione Sanitaria della Struttura, rimanendo impenetrabile a terzi mediante opposizione del segreto professionale. 			

ALLA LUCE DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE IL/LA PAZIENTE ATTESTA CHE:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ha richiesto di mantenere l'anonimato relativamente a tutto il processo di cura effettuato presso la struttura, essendo tuttavia a conoscenza che le esatte coordinate anagrafiche collegate all'anonimato resteranno conservate in busta chiusa in custodia presso la Direzione Sanitaria della Struttura stessa, rimanendo impenetrabili a terzi mediante opposizione del segreto professionale. • Ha compreso che per effetto dell'accettazione della richiesta, una volta anonimizzata la cartella clinica di ricovero o ambulatoriale nelle forme di ANONIMO MASCHIO/FEMMINA, nessun dato relativo alla sua identità verrà trascritto all'interno di tali documenti sanitari né reso noto, salvo diversa successiva dichiarazione di volontà a tal fine intervenuta in corso di ricovero ed esplicitata al personale sanitario dallo/la stesso/a paziente prima della chiusura della prestazione sanitaria di ricovero o di ambulatorio. 	
Firma del/della paziente	
Firma dell'operatore che ha raccolto la richiesta	
<p style="text-align: center;">PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)</p> <p>Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.</p>	
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale	Firma
Data e ora di acquisizione del modulo	