

## Deliberazione N. 0000384 del 27/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000459 del 26/02/2026

**Oggetto:**

AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA AZIENDALE PER L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA PER IL CORRETTO USO DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO

**IL DIRETTORE GENERALE (\*)**  
**Angelo Aliquò**

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 27/02/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 27/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 27/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 27/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 27/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 27/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: c261b8560c69dfbfb7369ecfd20dcc212d6a62ed543b8cf7c19af064a4753845

(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

## IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

### VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

### VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

### PREMESSO CHE

la sicurezza delle cure costituisce principio fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale ed elemento essenziale della qualità dell’assistenza, ai sensi dell’art. 1, comma 1, della Legge 8 marzo 2017, n. 24;

l’errata identificazione del paziente rappresenta una delle principali cause di eventi sentinella e gravi eventi avversi, come evidenziato dal Ministero della Salute nell’ambito del Programma Nazionale per la Sicurezza delle Cure;

l’identificazione corretta e univoca del paziente è condizione imprescindibile per garantire la sicurezza dei processi diagnostico-terapeutici, assistenziali, farmacologici e trasfusionali;

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>VISTO</b>      | il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, in materia di protezione dei dati personali;   |
| <b>VISTO</b>      | il D.P.C.M. 3 settembre 2015, recante “Disposizioni in materia di flussi informativi sanitari”;   |
| <b>VISTA</b>      | la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3/2008, “Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”;   |
| <b>VISTA</b>      | la normativa nazionale in materia di tutela dell’anonimato e riservatezza in ambito sanitario, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Legge 22 maggio 1978, n. 194 (IVG),</li> <li>– Legge 5 giugno 1990, n. 135 (HIV e STD),</li> <li>– D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, art. 120 (Dipendenze),</li> <li>– D.P.R. 31 luglio 2000, n. 396, art. 30 (Parto in anonimato),</li> <li>– Legge 19 luglio 2019, n. 69 (Violenza domestica e di genere),</li> <li>– Convenzione di Istanbul;</li> </ul>   |
| <b>VISTA</b>      | la Legge 7 dicembre 2023, n. 193, recante disposizioni in materia di diritto all’oblio oncologico;  |
| <b>VISTO</b>      | il documento della Regione Lazio – CRRC, “Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente” del 25 settembre 2020;   |
| <b>VISTA</b>      | la deliberazione n. 2179 del 22/12/2025, di approvazione della procedura aziendale “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”;   |
| <b>VISTA</b>      | deliberazione aziendale n. 1943 del 24/11/2025 recante oggetto “indizione di una procedura negoziata senza bando, tramite il sistema di acquisti telematici della regione lazio – s.tel.l@, invitando 6 ditte così individuate dall’uoc servizi informatici e telecomunicazioni, per la fornitura di n. 60 stampanti zebra zd510-hc, n. 112 tablet zebra et40-hc, cartucce per braccialetti identificativi, accessori e servizi di assistenza e manutenzione on site e da remoto per un importo a base d’asta pari a € 190.000,00 iva esclusa”.•  |
| <b>VISTA</b>      | deliberazione aziendale n. 11 del 02/01/2026 recante oggetto “Aggiudicazione della procedura negoziata, indetta ai sensi dell’art. 50 co. 1 lett. E) del d.lgs. N. 36/2023, espletata tramite il sistema di acquisti telematici della regione lazio – s.tel.l@, per la fornitura di n. 60 stampanti zebra zd510-hc, n. 120 tablet zebra et40-hc, cartucce per braccialetti identificativi, accessori e servizi di assistenza e manutenzione on site e da remoto, in favore della ditta ferlabel s.r.l., per un importo di € 158.598,83 +iva. Contestuale rettifica, della deliberazione di indizione n. 1943/2025, per mero errore materiale, per la sola parte relativa al corretto numero di tablet”. |
| <b>VISTE</b>      | le vigenti disposizioni aziendali in materia di identificazione del paziente;   |
| <b>VISTA</b>      | la mappatura del rischio sanitario effettuata dalla Regione Lazio e il relativo audit eseguito in data 11/03/2025;  |
| <b>PRESO ATTO</b> | del report inerente alla mappatura citata al capoverso precedente, inviato all’A.O. S.Camillo Forlainini e indicante le azioni di miglioramento attese entro il 28/02/2026;   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>PRESO ATTO</b>         | delle osservazioni contenute nel suddetto report concernenti la procedura per la corretta identificazione dei pazienti, che prevedono la necessità di revisionare la procedura aziendale in materia;  |
| <b>VISTO</b>              | l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale "identificazione del paziente e corretto uso del bracciale identificativo" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;   |
| <b>RITENUTO OPPORTUNO</b> | modificare le vigenti regolamentazioni in materia di identificazione dei pazienti, adottando, in loro vece, la procedura citata al capoverso precedente;  |
| <b>CONSIDERATO</b>        | che le procedure aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;   |
| <b>VERIFICATO</b>         | che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;   |
| <b>ATTESTATO</b>          | che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005; |

### **PROPONE**

di modificare le vigenti regolamentazioni in materia di identificazione del paziente, approvando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale "identificazione del paziente e corretto uso del bracciale identificativo" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO**  
(Dott. Luca Casertano)

## IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, “aggiornamento della procedura aziendale per l'identificazione del paziente e approvazione della procedura per il corretto uso del bracciale identificativo” presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare le vigenti regolamentazioni in materia di identificazione del paziente, approvando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale “identificazione del paziente e corretto uso del bracciale identificativo” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE**

*(Dr. Angelo Aliquò)*

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>         DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 1 di 18              |

|                  | <b>Gruppo di Lavoro Aziendale</b>                | <b>Disciplina</b>           | <b>Ruolo</b>                 | <b>Data</b> | <b>Firma</b> |
|------------------|--|-----------------------------|------------------------------|-------------|--------------|
| <b>REDAZIONE</b> | <b>Staff di coordinamento:</b><br>Luca Casertano | UOSD Rischio Clinico        | Medico                       | Firmato     |              |
|                  | <b>Coordinatore:</b><br>Arcangelo De Vanna       | UOC Sistemi Informatici     | Ingegnere                    | Firmato     |              |
|                  | <b>Componenti:</b>                               |                             |                              |             |              |
|                  | Emanuele Guglielmelli                            | UOC Medicina D'Urgenza e PS | Medico                       | Firmato     |              |
|                  | Eleonora Cirullo                                 | UOC Medicina D'Urgenza e PS | Coordinatore Infermieristico | Firmato     |              |
|                  | Fabio Del Duca                                   | UOSD Rischio Clinico        | Medico                       | Firmato     |              |
|                  | Marco Mastrucci                                  | UOSD Rischio Clinico        | Infermiere                   | Firmato     |              |
|                  | Roberto Locci                                    | UOSD Rischio Clinico        | P.O.                         | Firmato     |              |

|                     |  | Data | Firma |
|---------------------|--|------|-------|
| <b>VERIFICA</b>     | <b>Dott. Luca Casertano</b><br>Responsabile U.O.S.D. Rischio Clinico |      |       |
| <b>APPROVAZIONE</b> | <b>Dott. Gerardo De Carolis</b><br>Direttore Sanitario Aziendale     |      |       |
| <b>VALIDAZIONE</b>  | <b>Dott. Angelo Aliquò</b><br>Direttore Generale                     |      |       |

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>       DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 2 di 18              |

| <b>Rev.</b> | <b>Data</b> | <b>Causale delle modifiche</b> | <b>Codifica</b>   |
|-------------|-------------|--------------------------------|---|
| 01          | 26/02/2026  | Revisione                      | a cura del<br>Responsabile<br>U.O.S.D. Rischio<br>Clinico |

|                                 |                                  |                        |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| <i>TRASMESSO IL: 18/02/2026</i> | <i>CODIFICATO IL: 18/02/2026</i> | <i>DISTRIBUITO IL:</i> |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|

| <b>Lista di distribuzione (I livello)</b>  |
|--|
| Direttore Sanitario  |
| Direttore Amministrativo   |
| Direttori di Dipartimento  |
| Direttori di Strutture Complesse   |
| Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici |

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>       DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 3 di 18              |

### INDICE

|           |  |        |
|-----------|--|--------|
| <b>1.</b> | PREMESSA .....   | Pag.5  |
|           | 1.1 Il diritto all'anonimato ed all'oblio in Italia .....  | Pag.6  |
| <b>2.</b> | SCOPO .....  | Pag.6  |
| <b>3.</b> | CAMPO DI APPLICAZIONE .....  | Pag.6  |
| <b>4.</b> | DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI .....   | Pag.7  |
| <b>5.</b> | DIAGRAMMA DI FLUSSO .....  | Pag.8  |
|           | 5.1 PRONTO SOCCORSO .....  | Pag.8  |
|           | 5.2 DEGENZA ORDINARIA / SERVIZI AMBULATORIALI .....  | Pag.9  |
| <b>6.</b> | RESPONSABILITA' .....  | Pag.10 |
| <b>7.</b> | AZIONI .....   | Pag.10 |
|           | 7.1 Documenti identificativi ed accertamento in sede di accettazione .....   | Pag.11 |
|           | 7.2 Accertamento identità: fase di ricovero in regime di degenza, cura, somministrazione, trasporto e indagini .....   | Pag.11 |
|           | 7.3 Paziente presso Servizi ambulatoriali e prestazioni esterne .....  | Pag.12 |
|           | 7.4 Paziente in accesso presso Pronto soccorso .....   | Pag.12 |
|           | 7.5 Identificazione del neonato .....  | Pag.12 |
|           | 7.6 Paziente Ignoto .....  | Pag.13 |
|           | 7.7 Rifiuto di declinare le proprie generalità (Regione Lazio, CRRC "Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente", Box 1 – punto E – del 25.09.2020) ..... | Pag.14 |
|           | 7.8 Utilizzo bracciale identificativo .....  | Pag.15 |
|           | 7.8.1 Fase di stampa e applicazione .....  | Pag.15 |

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>   DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 4 di 18              |

|            |   |  |        |
|------------|---|--|--------|
|            | 7.8.2   | Fase di verifica durante il percorso assistenziale ..... | Pag.15 |
|            | 7.8.3   | Fase di rimozione alla dimissione .....                  | Pag.16 |
|            | 7.9   | Somministrazione di sangue ed emocomponenti .....        | Pag.16 |
| <b>8.</b>  | EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE .....         |  | Pag.17 |
| <b>9.</b>  | SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI .....                          |  | Pag.17 |
| <b>10.</b> | MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO ..... |  | Pag.17 |
| <b>11.</b> | BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....                         |  | Pag.17 |

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 5 di 18              |

## 1. PREMESSA

Negli ultimi anni la necessità di prevenire il verificarsi di eventi avversi ha portato all'adozione da parte di molte strutture sanitarie di strategie volte a ridurre il più possibile il rischio di insorgenza di errori nel processo di assistenza, tra i quali **gli errori dovuti ad un errata identificazione del paziente** in ospedale.

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.

La tecnologia gioca un ruolo fondamentale, fornendo alle strutture sanitarie strumenti che garantiscono la sicura identificazione del paziente e permettono di tracciarne costantemente il percorso all'interno del nosocomio.

Il metodo dell'identificazione del paziente tramite il braccialetto elettronico prevede l'utilizzo di una codifica a barre stampata ed adesa ai braccialetti da applicare a tutti i pazienti; tale codifica contiene un set minimo di informazioni che possono essere lette mediante un dispositivo ottico connesso ad un sistema informatico.

Il codice a barre rappresenta, in sostanza, un'alternativa al testo per esprimere informazioni. Qualsiasi dato che possa essere normalmente stampato su un bracciale può essere codificato in un codice a barre che funziona come chiave per un database. Quando viene letto, lo scanner decodifica il simbolo e fornisce istruzioni a un computer che esamina o aggiorna il record specifico corrispondente al paziente. Lo scanner di codici a barre interagisce sempre con un computer o con un'unità palmare. Il processo di identificazione del paziente rappresenta un momento fondamentale dell'atto sanitario, finalizzato all'erogazione delle prestazioni nell'ottica della sicurezza delle cure.

Sebbene il sanitario rivesta il ruolo di incaricato di pubblico servizio, oltre che di pubblico ufficiale nell'esercizio delle funzioni certificative, l'identificazione del paziente non rientra nel novero delle funzioni sanitarie, essendo di natura autoritativa.

Di contro, l'identificazione del paziente presso l'AOSCF riveste una piena funzione di servizio, quindi il sanitario è tenuto ad identificare correttamente il soggetto e quand'anche quest'ultimo rifiuti di fornire le proprie generalità a mezzo di documento di riconoscimento nel pieno della sua capacità di agire, occorre notiziare le forze dell'ordine.

**Il metodo identificativo di elezione del paziente presso l'AOSCF è rappresentato dal bracciale, sebbene l'introduzione di questa metodica è in fase di evoluzione.**

### 1.1 Il diritto all'anonimato ed all'oblio in Italia

In Italia, l'anonimato in ambito sanitario costituisce un'eccezione motivata alle regole generali di identificazione del paziente ed è tutelato dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>       DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 6 di 18              |

e dal D.lgs. 196/2003 (Codice Privacy) per i dati sensibili sulla salute. Specifiche garanzie sono riconosciute dalla Legge 135/1990 per l'HIV e le IST, dal D.P.R. 309/1990 (art. 120) per i Servizi per le Dipendenze, dal D.P.R. 396/2000 (art. 30) per il parto in anonimato, dalla Legge 194/1978 per l'IVG, dalla Legge 69/2019 e dalla Convenzione di Istanbul per le vittime di violenza, dalla Legge 405/1975 per i Consultori familiari e dalla Legge 40/2004 per la donazione anonima di gameti. Tali norme, integrate dal Decreto Ministeriale 17 marzo 2021 e dai Piani Nazionali del Ministero della Salute (2017 e 2024-2028), mirano a ridurre lo stigma e favorire l'accesso precoce alle cure.

Al diritto all'anonimato si aggiunge il diritto all'oblio previsto dall'art. 17 del GDPR e specificamente rafforzato dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in materia di diritto all'oblio oncologico, che consente la non divulgazione e la tutela dalle discriminazioni per le persone guarite da patologie oncologiche dopo un determinato periodo.

## 2. SCOPO

Scopo della presente procedura è definire le modalità per la corretta identificazione del paziente.

Lo scopo della procedura è quello di garantire l'associazione delle cure e terapia da erogare al paziente al corretto identificativo. Questa procedura deve essere applicata in tutte le fasi assistenziali, con particolare riferimento all'accettazione del paziente. La procedura si applica all'atto del riconoscimento del soggetto noto ed ignoto, all'associazione dell'identità del soggetto con il corretto identificativo apposto su bracciale elettronico (ove presente) ed ogni qual volta sia necessario – ove disponibile - erogare una prestazione di diagnosi e cura presso l'AOSCF.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

|                |  |
|----------------|--|
| <b>A CHI</b>   | A tutti i professionisti sanitari e in tutte le Unità Operative dell'AOSCF che intervengono nei processi assistenziali |
| <b>DOVE</b>    | In tutti i setting assistenziali dell'AOSCF  |
| <b>PER CHI</b> | a tutti i pazienti che accedono in Pronto Soccorso o ricoverati presso le UU.OO. dell'AOSCF                            |
| <b>QUANDO</b>  | In tutte le fasi del ricovero del paziente (accettazione, ricovero e dimissione)                                       |

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 7 di 18              |

#### 4. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

**AOSCF:** Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

**U.O. / UU.OO:** Unità Operativa/e.

**DH/DS:** Day Hospital/Day Surgery.

**PDTA:** Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale.

**SOFIA:** Sistema di registrazione della somministrazione terapia del farmaco.

**ADT:** Modulo informatico aziendale per l'accettazione e la ricerca dei pazienti.

**Order Entry:** Modulo informatico per la gestione del flusso di richieste di prestazioni, consulenze e servizi.

**ICT:** Information and Communication Technologies.

**GIPSE:** Gestione Informazione Pronto Soccorso Emergenza – Applicativo informatico utilizzato dal Pronto Soccorso per la gestione dei pazienti.

**SIMT:** Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

**EMONET:** Applicativo informatico utilizzato dal Centro Trasfusionale per l'accettazione e la gestione delle richieste.

**HPC:** Cellule Staminali Ematopoietiche.

**MOD.14C:** Modello per la consegna di emocomponenti ai reparti.

**SQ:** Sistema Qualità.

**EMC:** Emocomponente.

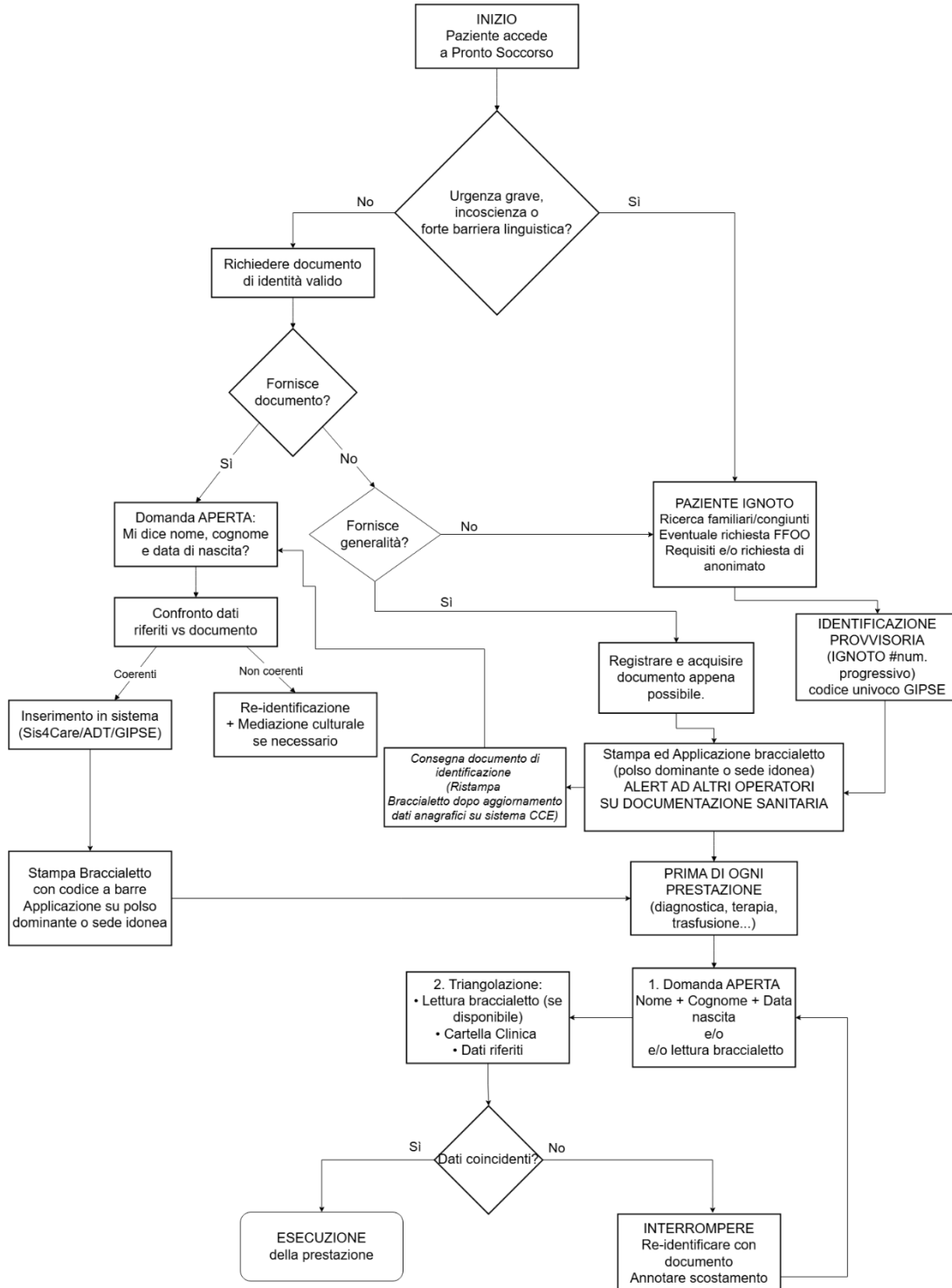
**Documento identificativo:** documento di riconoscimento contenente dati anagrafici e fotografia.

**Paziente Anonimo:** Soggetto che in base alla normativa vigente esercita il diritto all'anonimato.

**RM:** Risk Manager

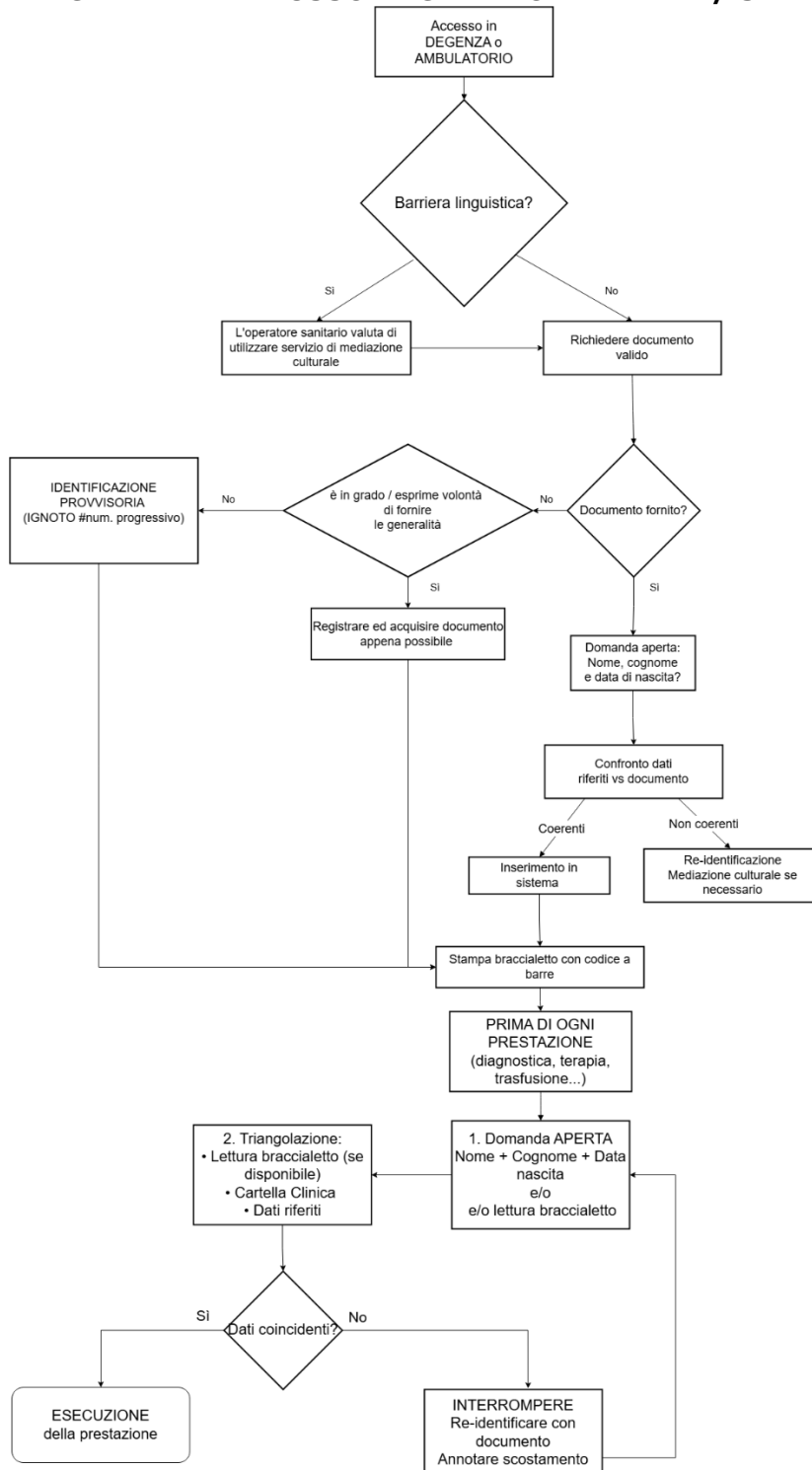
|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 8 di 18              |

**DIAGRAMMA DI FLUSSO - PRONTO SOCCORSO**



|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 9 di 18              |

**DIAGRAMMA DI FLUSSO DEGENZA ORDINARIA / SERVIZI AMBULATORIALI**



|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 10 di 18             |

## 6. RESPONSABILITÀ

| Attività<br>Operatore   | DIRETTORE U.O. | MEDICO U.O. | CPSI     |
|---|----------------|-------------|----------|
| Identificazione paziente in Pronto Soccorso   | C              | C           | <b>R</b> |
| Identificazione UOOO di degenza   | C              | I           | <b>R</b> |
| Identificazione paziente in ambito ambulatoriale  | C              | I           | <b>R</b> |
| Paziente pronto soccorso ignoto<br>Ricerca familiari  | C              | <b>R</b>    | C        |
| Paziente pronto soccorso ignoto –<br>Notifica alle Forze dell’Ordine  | C              | <b>R</b>    | I        |
| Rifiuto all’identificazione paziente<br>in assenza dei requisiti per<br>l’anonimato – notifica forze<br>dell’ordine | C              | <b>R</b>    | I        |

## 7. AZIONI

La corretta identificazione del paziente si applica mediante l’**accertamento del soggetto per mezzo di un documento identificativo in corso di validità** in sede di accettazione del paziente presso i locali del Pronto Soccorso, del Reparto di degenza e/o presso i servizi ambulatoriali.

L’unico caso in cui si agisce in deroga all’identificativo è l’occasione di urgenza dettata dall’accesso in Pronto soccorso con soggetto affetto (o sospetto) da patologia rapidamente ingravescente, ovvero in alterazione dello stato di coscienza, ovvero cittadino con barriera linguistica. In ogni caso, l’identificazione personale deve essere accertata nel più breve tempo possibile con un documento identificativo in corso di validità, dandone debita annotazione nella documentazione sanitaria.

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

### 7.1 Documenti identificativi ed accertamento in sede di accettazione

Per i cittadini italiani e stranieri residenti, è consigliabile procedere al raffronto con la carta d’identità, trattandosi del documento di riconoscimento più appropriato per identificare il

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 11 di 18             |

soggetto da parte del sanitario. In alternativa, si procede all'identificazione con i documenti previsti di cui DPR 28/12/2000, n. 445.

Per tutti gli altri cittadini dell'Unione Europea e Area Schengen si applicano analoghe misure e si predilige l'utilizzo della Carta d'Identità del paese d'origine. In alternativa ed in tutti gli altri casi si procede mediante identificazione con passaporto ovvero i documenti equipollenti. L'accertamento dell'identità della persona avviene all'accettazione in reparto ovvero al Triage del Pronto soccorso ovvero presso i servizi ambulatoriali. Al primo contatto, l'operatore chiede di poter visionare un documento di riconoscimento in corso di validità. Dopo aver ottenuto il documento, l'operatore sanitario chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente e la sua data di nascita e dopo che il paziente ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul documento di identità.

In caso di barriera linguistica, l'operatore chiede una prestazione del servizio di mediazione culturale.

A seguito della corretta univoca identificazione, l'operatore effettua l'inserimento dell'anagrafica e - ove disponibile - la stampa del bracciale identificativo.

## **7.2 Accertamento identità: fase di ricovero in regime di degenza, cura, somministrazione, trasporto e indagini**

L'accertamento dell'identità deve avvenire immediatamente prima di svolgere qualsiasi procedura o trattamento sul paziente, anche quando il paziente è conosciuto dall'operatore che esegue la prestazione.

L'accertamento dell'identità è effettuato mediante la triangolazione dei dati riferiti dal paziente, quanto riportato dalla documentazione sanitaria e dai referti e/o dalle etichette e dal braccialetto identificativo.

La verifica dell'identità è un atto propedeutico alla somministrazione di farmaci ed all'erogazione di una prestazione sanitaria e non; pertanto, deve avvenire associando l'identificativo del paziente alla prestazione. Questo avviene mediante:

- Fase 1: Il sanitario richiede una *verifica verbale* formulando espressamente una domanda aperta circa l'identità del paziente, nome e cognome e la sua data di nascita, non suggerendone la risposta. Il sanitario NON deve chiedere conferma al paziente dei dati anagrafici, ma DEVE richiedere l'enunciazione verbale dei dati richiesti al paziente.
- Fase 2: dopo che il paziente ha confermato i dati, l'operatore confronta l'identità riferita dal paziente con quella indicata sul foglio/applicativo della prestazione da erogare.
- N.B. Deve essere sempre verificata la corrispondenza del codice numerico riportato sulla documentazione clinica con quello apposto sul braccialetto identificativo del paziente (ove presente).

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 12 di 18             |

In caso di soggetti di minore età o incapace, occorre procedere con analoghe misure, valorizzando l'autonomia degli stessi, interessando l'esercente la responsabilità genitoriale o il tutore in funzione ausiliaria e/o vicariante. In ogni caso, l'esercente la responsabilità genitoriale o il tutore sono chiamati alla conferma dell'identità del paziente di minore età o incapace. In caso di controversie, discrepanze o dubbi, si procede ad identificare nuovamente il paziente mediante il documento di riconoscimento.

### **7.3 Paziente presso Servizi ambulatoriali e prestazioni esterne**

In caso di non utilizzo del braccialetto identificativo in corso di prestazioni in regime ambulatoriale, *Day Hospital* e prestazioni radiodiagnostiche la corretta identificazione avviene mediante quanto riportato in par. 7.2

### **7.4 Paziente in accesso presso Pronto soccorso**

All'accesso in Pronto Soccorso l'identificazione del paziente avviene prioritariamente al Triage o in sede di accettazione. L'operatore sanitario richiede un documento di riconoscimento valido e procede con domanda aperta («Mi può dire nome, cognome e data di nascita?»), confrontando i dati riferiti con quelli del documento prima di inserire l'anagrafica in GIPSE e stampare il braccialetto identificativo. Qualora il paziente sia in grado di riferire le generalità ma non disponga di un documento al momento dell'accesso, verrà registrato con le generalità fornite che dovranno essere verificate non appena possibile (ad es. richiedendo ai familiari di portare un documento di identità).

In caso di urgenza immediata o paziente non collaborante, si applica l'identificazione provvisoria con successiva verifica non appena possibile (vedi Paziente IGNOTO).

### **7.5 Identificazione del neonato**

In caso di parto, per garantire l'identificazione incrociata tra madre e neonato e prevenire qualsiasi rischio di scambio, deve essere applicato un braccialetto identificativo coordinato a entrambi.

Il braccialetto della madre riporterà i suoi dati anagrafici, il sesso del neonato, la data e l'ora del parto, ed eventualmente un codice univoco alfanumerico o a barre generato dal sistema informativo ospedaliero.

Allo stesso modo, il braccialetto del neonato includerà il medesimo codice univoco, il cognome della madre, il sesso, la data e l'ora di nascita, e un numero nosografico.

L'applicazione deve avvenire in sala parto, prima di qualsiasi trasferimento, da parte dell'ostetrica o dell'infermiere presente.

In caso di parto multiplo, ciascun neonato riceverà un braccialetto con un suffisso progressivo (es. A, B) associato al codice comune. Qualora il neonato richieda cure intensive

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 13 di 18             |

immediate, il braccialetto provvisorio deve essere applicato senza ritardo, con successiva riconciliazione dei dati una volta stabilizzate le condizioni cliniche.

Nel caso in cui la madre non consenta di essere nominata deve essere prevista solo la modalità di identificazione del neonato in sala parto.

Il rifiuto o l'impossibilità di applicazione deve essere documentato in cartella clinica, notificando il responsabile dell'unità operativa per interventi correttivi.

## 7.6 Paziente Ignoto

Se il paziente non è in grado di rispondere alle domande sulla propria identità, non ha accompagnatori, o comunque non possa essere correttamente identificato, deve essere identificato come PAZIENTE IGNOTO in tutta la documentazione che lo riguarda, fino a quando venga accertata la sua identità. La condizione di PAZIENTE IGNOTO va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria. In ogni caso anche al PAZIENTE IGNOTO il sistema assegna un codice numerico univoco che va applicato sul braccialetto identificativo (ove presente) e riportato sulla documentazione clinica. Il codice fiscale e il codice nosografico vengono generati automaticamente dal sistema informativo GIPSE.

Sul braccialetto identificativo, sono riportati chiaramente i dati provvisori così attribuiti, insieme al codice a barre corrispondente. Il personale verifica preliminarmente l'impossibilità di procedere con le modalità ordinarie di riconoscimento e annota nel sistema informativo gli estremi del tentativo effettuato, specificando l'assenza di documenti e di testimoni attendibili.

Se il paziente è cosciente e collaborante, gli viene spiegata la natura provvisoria dell'identificazione e l'importanza del braccialetto per garantire la sicurezza delle cure. In ogni prestazione successiva, inclusi esami diagnostici, somministrazione di farmaci, procedure invasive, trasfusioni o trasferimenti, si effettua la doppia verifica: lettura del braccialetto e confronto con il record informatizzato, integrata, quando possibile, da conferma verbale. Non appena emergono elementi identificativi certi, derivanti da documenti, familiari o accertamenti anagrafici, il paziente viene immediatamente riclassificato con i dati corretti; la sostituzione del braccialetto e l'aggiornamento del sistema informativo avvengono contestualmente e sono documentati in cartella clinica.

Nei contesti di emergenza e urgenza il braccialetto provvisorio deve essere applicato con priorità, anche prima della stabilizzazione clinica completa. Qualora il paziente rifiuti l'applicazione del braccialetto, il rifiuto viene registrato mediante il modulo dedicato, indicando data, ora, operatore responsabile e motivazione dichiarata. Nei pazienti disorientati, sedati o non collaboranti si procede comunque all'applicazione del braccialetto con i dati provvisori, privilegiando sempre la sicurezza assistenziale. Tutte le azioni relative all'identificazione del paziente ignoto sono annotate nella cartella clinica, nella sezione dedicata all'identificazione del paziente, e nel sistema informativo, con indicazione di data, ora, operatore e modalità adottata. Questa procedura garantisce la continuità assistenziale

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 14 di 18             |

e riduce al minimo il rischio di errori fino al raggiungimento di un'identificazione certa, in coerenza con le raccomandazioni ministeriali e le buone pratiche di gestione del rischio clinico.

Se il paziente, per la propria condizione clinica (es. emergenza, perdita di coscienza, stato confusionale, coma ecc.) o per età (pazienti pediatrici o grandi anziani), non è in grado di rispondere alle domande sulla propria identità, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone che siano in grado di identificare con certezza il paziente e che dovranno comunque fornire i documenti del paziente appena possibile.

In caso di mancata identificazione, il medico valuterà la possibilità di accertare l'identità dell'interessato interpellando le forze dell'ordine.

### **7.7 Rifiuto di declinare le proprie generalità (Regione Lazio, CRRC "Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente", Box 1 – punto E – del 25.09.2020)**

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 in considerazione del fatto che i sistemi attualmente in uso in ambito regionale (ad es. Gipse Web) non contemplano l'opzione di anonimato. 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 qualora non fossero presenti i requisiti di legge sul diritto all'anonimato e non sussistano ulteriori elementi ostativi, ad esempio di natura deontologica.

Se si tratta di un paziente che, sulla base delle norme vigenti, ha chiesto l'anonimato, il paziente deve essere identificato come PAZIENTE IGNOTO in tutta la documentazione che lo riguarda, e la condizione di PAZIENTE IGNOTO va segnalata a tutti gli operatori con un messaggio di allerta sulla documentazione sanitaria.

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

Al fine di garantire il diritto all'autodeterminazione, il personale sanitario istruisce il soggetto che rifiuta l'identificazione della possibilità che la mancata identificazione non permetta la corretta gestione amministrativa e sanitaria, dandone debito atto sulla documentazione sanitaria. In particolare, la mancata identificazione espone il soggetto ad una mancata riconciliazione farmacologica e clinica, oltre che espone lo stesso ad una riduzione dell'indice di sicurezza delle cure.

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 15 di 18             |

Durante il ricovero, qualora il curante lo ritenesse necessario, il soggetto sarà sottoposto a visita neurologica e/o psichiatrica, e a quant'altro utile a fornire elementi sulla capacità di agire del soggetto.

## 7.8 Utilizzo bracciale identificativo

Le modalità operative per l'utilizzo del braccialetto identificativo, strumento essenziale per garantire la sicurezza del paziente attraverso una tracciabilità univoca e costante durante l'intero percorso assistenziale, sono disciplinate come segue.

Il braccialetto, dotato di codice a barre elettronico, contiene un set minimo di informazioni (ad es. codice sanitario, cognome e nome, numero nosografico, sesso, data di nascita) e deve essere applicato a tutti i pazienti in accesso al Pronto Soccorso, in regime di ricovero ordinario, Day Hospital/Day Surgery o in contesti ambulatoriali, dove previsto.

### 7.8.1 Fase di stampa e applicazione

Al momento dell'accettazione in Pronto Soccorso (preferibilmente al triage) o in reparto/ambulatorio, l'operatore sanitario (infermiere o personale autorizzato) identifica il paziente mediante documento di riconoscimento valido con fotografia e tessera sanitaria, chiedendo verbalmente nome, cognome e data di nascita con domanda aperta (es. "Mi può dire il suo nome, cognome e data di nascita?"). Dopo verifica della corrispondenza, si procede alla scansione ottica della tessera sanitaria per generare o recuperare il codice sanitario nel sistema informativo (es. GIPSE o SIS4CARE/SOFIA). Il braccialetto viene stampato immediatamente, controllato per coerenza dei dati e applicato preferibilmente al polso del lato dominante (o altra sede anatomica appropriata in caso di controindicazioni, come arto ingessato o accesso venoso). Al paziente cosciente e collaborante va spiegata l'importanza del braccialetto per la sicurezza delle cure, ottenendone il consenso verbale; in caso di rifiuto, si registra l'evento nel modulo dedicato (data, ora, operatore, motivazione).

### 7.8.2 Fase di verifica durante il percorso assistenziale

Prima di ogni prestazione sanitaria (somministrazione di farmaci, prelievi, esami diagnostici, procedure invasive, trasfusioni, trasferimenti intra/extraospedalieri o interventi chirurgici), l'operatore effettua una doppia verifica.

Questa ricomprende la scansione del codice a barre con dispositivo ottico connesso al sistema informatico per confrontare i dati con il record del paziente, integrata da conferma verbale con domanda aperta (non suggestiva).

In presenza di barriera linguistica, si ricorre al servizio di mediazione culturale; per minori o incapaci, si coinvolge l'esercente la responsabilità genitoriale o il tutore. In caso di discrepanza, si interrompe immediatamente la prestazione e si ripete l'identificazione con documento originale, aggiornando il sistema e documentando l'evento in cartella clinica. Nei

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>         DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 16 di 18             |

contesti di emergenza, l'applicazione è prioritaria anche prima della stabilizzazione completa.

### **7.8.3 Fase di rimozione alla dimissione**

Al termine del ricovero o dell'accesso, l'operatore rimuove il braccialetto solo dopo verifica finale dell'identità e aggiornamento del sistema informativo, garantendo che non vi siano prestazioni pendenti. La rimozione è documentata in cartella clinica, e al paziente va fornita informazione su eventuali follow-up. In caso di trasferimento in altra struttura, il braccialetto rimane applicato fino all'arrivo, con trasmissione dei dati identificativi.

### **7.9 Somministrazione di sangue ed emocomponenti**

Vedi procedura "PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITA' AB0", con delibera n°2179 del 22.12.2025.

## **8. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE**

La presente procedura è trasmessa a tutti i Responsabili delle UU.OO. coinvolte, i quali avranno cura di facilitarne la diffusione e la conoscenza a tutti gli operatori. La presente procedura deve essere disponibile in forma cartacea presso tutte le UU.OO. coinvolte e presso la Direzione Sanitaria, in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management-Qualità.

## **9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI**

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere la procedura, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali.

Gli unici limiti che possono essere immaginati nella corretta applicazione della procedura sono limiti strutturali (es. mancato acquisto e disponibilità di presidi) per quanto riguarda i braccialetti identificativi.

## **10. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO**

| <b>INDICATORE</b>   | <b>Valore atteso</b> | <b>Responsabile</b> | <b>Fonte</b> |
|---|----------------------|---------------------|--------------|
| Numero di eventi sentinella per errore di identificazione | ≈ 0                  | Risk Manager        | SIMES        |

|                                   |  |                           |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>         DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |  | Pag. 17 di 18             |

|   |        |              |                             |
|---|--------|--------------|-----------------------------|
| Numero di "near miss"   | ≈ 0    | Risk Manager | SIMES                       |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ di braccialetti identificativi}}{\text{N}^\circ \text{ di pazienti ricoverati}}$ | ≈ 100% | Risk Manager | UOC<br>Informatica e<br>SIO |

## 11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- D.P.C.M. 3 settembre 2015
- Regione Lazio, CRRC "Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente" del 25.09.2020
- Codice Penale art. 622, art. 651
- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)
- D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy)
- Legge 5 giugno 1990, n. 135
- D.Lgs. 124/1998
- D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (art. 120)
- D.P.R. 31 luglio 2000, n. 396 (art. 30)
- Legge 22 maggio 1978, n. 194
- Legge 19 luglio 2019, n. 69 (Codice Rosso)
- Legge 27 giugno 2013, n. 77
- Legge 29 luglio 1975, n. 405
- Legge 19 febbraio 2004, n. 40
- Decreto Ministeriale 17 marzo 2021
- Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (2017)
- Piano Nazionale per la prevenzione delle infezioni da HIV, epatiti virali e IST 2024-2028
- Delibera n. 1943 del 24/11/2025 recante "Indizione di una procedura negoziata senza bando, tramite il sistema di acquisti telematici della regione lazio – s.tel.l@, invitando 6 ditte così individuate dall'uoc servizi informatici e telecomunicazioni, per la fornitura di n. 60 stampanti zebra zd510-hc, n. 112 tablet zebra et40-hc, cartucce per braccialetti identificativi, accessori e servizi di assistenza e manutenzione on site e da remoto per un importo a base d'asta pari a € 190.000,00 iva esclusa".

|                                   |   |                           |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| Procedura:                        | <b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E CORRETTO USO<br/>DEL BRACCIALE IDENTIFICATIVO</b> | Rev. 01 del<br>18/02/2026 |
| Cod. Doc.:<br>PG/901/S0DS25/26/08 |   | Pag. 18 di 18             |

- Delibera n. 11 del 02/01/2026 [BSDG-DG11] recante *“Aggiudicazione della procedura negoziata, indetta ai sensi dell’art. 50 co. 1 lett. E) del d.lgs. N. 36/2023, espletata tramite il sistema di acquisti telematici della regione lazio – s.tel.l@, per la fornitura di n. 60 stampanti zebra zd510-hc, n. 120 tablet zebra et40-hc, cartucce per braccialetti identificativi, accessori e servizi di assistenza e manutenzione on site e da remoto, in favore della ditta ferlabel s.r.l., per un importo di € 158.598,83 +iva. Contestuale rettifica, della deliberazione di indizione n. 1943/2025, per mero errore materiale, per la sola parte relativa al corretto numero di tablet”*.