



Direzione SANITA'

Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

DETERMINAZIONE NUMERO: 457 DEL: 23 LUG. 2012
Codice Direzione: DB2000 Codice Settore: DB2016
Legislatura: 9 Anno: 2012

Oggetto

Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte.

Vista la D.G.R. n. 19-2561 del 5.9.2011 in materia di "Monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 6.8.2008. Modifiche delle DD.GG.RR. n. 7-13150 del 1.2.2010 e n. 8-11705 del 6.7.2009" che prevede innovazioni circa le verifiche istituzionali da attivarsi sui dimessi nell'anno 2011;

Preso atto che devono essere oggetto di specifici monitoraggi le prestazioni di ricovero selezionate a livello regionale sulla base di precisi parametri di riferimento, al fine di verificare la qualità della compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, su base campionaria, nei singoli istituti di ricovero, in confronto alle relative cartelle cliniche;

Constatato che è compito delle regioni:

- attivare flussi informativi e controlli finalizzati a consentire un'attività di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, tra questi la qualità della compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, su base campionaria, nei singoli istituti di ricovero, in confronto alle relative cartelle cliniche
- organizzare il sistema di controllo ed elaborazione dei dati raccolti attraverso le schede di dimissione ospedaliera, affinché la regione possa effettuare e/o verificare la corretta attribuzione di ciascun caso trattato al relativo D.R.G.
- attivare un sistema di controllo finalizzato a valutare per ciascun istituto di cura la frequenza e le dimensioni di eventuali effetti "distorsivi" associati all'applicazione delle tariffe
- controllare le cartelle cliniche al fine della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza (articolo 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133).
- Attivare controlli sulle cartelle cliniche ai sensi dell'articolo 1 comma 1 del Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009 anche al fine di individuare le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera.

Valutata per quanto sopra l'esigenza di apportare al sistema dei controlli uno strumento di valutazione in merito alla corretta gestione della cartella clinica, che si aggiunge alle indicazioni fornite nel tempo attraverso le linee guida regionali in materia di corretta codifica della SDO e alle restanti indicazioni ministeriali e regionali in materia di controllo;

Ritenuto per quanto sopra di dover supportare l'attività di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri con l'allegato documento "Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte" al fine di fornire chiare indicazioni sulla corretta tenuta della cartella clinica;

Valutata inoltre la necessità organizzativa di disporre di strumenti di valutazione da applicare in modo uniforme sul territorio regionale di controllo della cartella clinica, il Settore regionale competente ha definito un prospetto di verifica, come da allegato 2 alla presente;

Considerato inoltre che la documentazione procedurale di un'organizzazione sanitaria può essere di supporto nel definire i comportamenti e le corrette modalità di gestione e, quindi, a contenere i rischi derivanti da un'impropria gestione, è richiesto, a tutte le strutture eroganti prestazioni di ricovero per conto del Servizio Sanitario Regionale, di adottare un regolamento interno circa: la descrizione delle attività di controllo della qualità della documentazione sanitaria in merito alla corretta codifica, alla qualità della compilazione e alla qualità della tenuta;

il Dirigente

Visto il D.M. 28 dicembre 1991 di istituzione della Scheda di dimissione ospedaliera;

Viste le Linee guida n. 1/95 di applicazione del D.M. 14/12/1994;

Visto il Decreto Ministeriale n. 380 del 27.10.2000 concernente: "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" che richiama le indicazioni relative alle responsabilità della corretta codifica delle SDO, la tipologia dei controlli e le verifiche da effettuare;

Vista la D.G.R. n. 41-2372 del 13.3.2006;

Visto il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10.12.2009;

d e t e r m i n a

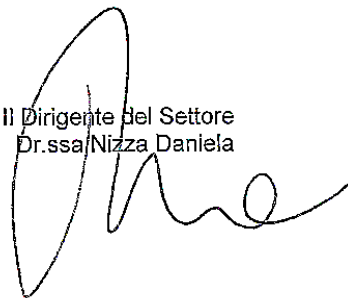
- di approvare il documento "Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte" allegato alla presente determinazione per farne parte integrante;
- di approvare l'allegato n. 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica" alla presente quale supporto ai criteri di valutazione della qualità della cartella clinica e strumento idoneo per promuovere comportamenti atti a prevenire eventuali incongruenze derivanti dall'attività di verifica
- di richiedere ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, di tutti i presidi e le Case di cura private di garantire l'osservanza.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

Funzionario estensore
Rosa Patrizia Sproviero



Il Dirigente del Settore
Dr.ssa Nizza Daniela



INDICAZIONI RIGUARDANTI
LA COMPILAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE PER LE
STRUTTURE DI RICOVERO DELLA REGIONE PIEMONTE

PREMESSA

Il presente documento ha lo scopo di fornire le indicazioni prioritarie riguardanti la corretta compilazione e gestione della cartella clinica.

Per quanto sopra si precisa che le indicazioni di riferimento per la corretta compilazione e gestione della cartella clinica sono: la normativa e i provvedimenti, le eventuali note esplicative ministeriali, i provvedimenti e i vari atti regionali oltrechè i documenti tecnici redatti dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Piemonte.

Tali indicazioni ovviamente non esauriscono tutti i contenuti della stessa documentazione e quelli medico-legali per i quali occorre far riferimento alla normativa, alla giurisprudenza in materia e alle specifiche raccomandazioni di buona qualità.

Resta inteso che la corretta compilazione della cartella clinica dovrà tener conto, oltre che le indicazioni qui riportate, degli eventuali aggiornamenti o modificazioni normativi in materia.



PRINCIPI FONDANTI PER LA CORRETTA
COMPILAZIONE E GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Secondo la definizione dell'American Hospital Medical Record Association, la cartella clinica è il "chi, che cosa, perché, quando e come" delle cure erogate al paziente durante l'ospedalizzazione. Tale definizione si presta a sintetizzare le caratteristiche di tale documento le cui modalità di compilazione e gestione vengono di seguito illustrate.

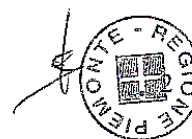
I requisiti sostanziali per la corretta gestione della cartella clinica si possono desumere da principi di carattere generale e da una vasta giurisprudenza in materia.

Si richiamano in particolare ai principi enunciati nelle *Linee guida del Ministero della Sanità 17 giugno 1992* e in particolare:

"La cartella clinica costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero.

1. le cartelle cliniche devono essere documentate accuratamente ed in maniera tempestiva, devono essere facilmente accessibili e consentire un sollecito recupero delle informazioni, inclusi i dati statistici;
2. le cartelle cliniche devono contenere informazioni idonee ad identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento e documentare accuratamente il decorso dell'assistenza ed i relativi esiti;
3. le cartelle cliniche devono rispondere a condizioni di riservatezza, sicurezza, leggibilità, completezza e certificazione dei compilatori;
4. le cartelle dei pazienti dimessi devono essere completate entro un periodo di tempo che in nessun caso deve essere superiore a 30 giorni dopo la dimissione o dalla refertazione dell'ultima indagine;
5. una cartella clinica deve essere considerata completa quando i contenuti informativi previsti, comprese la sintesi clinica e le note conclusive, siano assemblate e certificate, e quando siano state registrate tutte le diagnosi finali e tutte le complicazioni, senza ricorrere a simboli o abbreviazioni;
6. nell'ambito del complessivo programma di valutazione della qualità dell'istituto di cura deve essere previsto il ruolo per le attività di compilazione e gestione delle cartelle cliniche."

La cartella clinica è da intendersi come atto pubblico di fede privilegiata.



La cartella clinica nella sua totalità (informazioni e documenti riportati) deve rispondere ai seguenti requisiti: rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza, e completezza.

Rintracciabilità.

Per rintracciabilità si intende la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione del paziente.

Nella documentazione sanitaria per ogni singolo atto, devono essere identificabili:

- il momento dell'accadimento;
- gli autori con denominazione, firma leggibile (nome e cognome riconoscibili).

Quando viene fatto riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, essi vanno richiamati e referenziati.

Chiarezza.

La chiarezza riguarda la grafia e l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella clinica quali medici e altri professionisti sanitari.

Accuratezza.

Ogni struttura deve garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni (controlli di qualità sui dati di laboratorio, corrispondenza tra terapie prescritte e terapie somministrate, rilevazione e trascrizione dei parametri vitali, corrispondenza tra esami strumentali prescritti ed esami eseguiti e refertati).

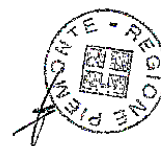
Veridicità.

I dati riguardanti elementi oggettivi devono essere riportati secondo verità.

Tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi. Non va mai usato il correttore (bianchetto) e non sono consentite cancellazioni con gomma.

Per errori commessi all'atto della stesura, si provvede a tracciare una riga con inchiostro indelebile sulla scritta in modo tale che essa risulti comunque leggibile.

La correzione deve riportare la data della correzione stessa e la firma di chi corregge.



Pertinenza.

Le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

Completezza.

La completezza della cartella clinica è relativa alla presenza di tutti i documenti costitutivi suoi propri. Ogni cartella clinica identifica in modo univoco un ricovero. Essa viene aperta al momento di accettazione della persona assistita e chiusa alla data di dimissione della stessa.

Per ogni ricovero la cartella clinica è unica, a prescindere dal numero di trasferimenti interni. Nei passaggi da acuzie a postacuzie e viceversa e la conversione dal regime diurno a quello ordinario occorre predisporre una cartella per ogni ricovero. Una sola cartella non può essere relativa a più ricoveri.

Nella cartella clinica sono allegati, quale parte integrante, i documenti attestanti le operazioni eseguite.

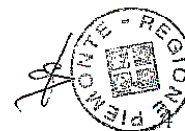
STRUTTURA / COMPOSIZIONE

E' opportuno che la cartella clinica abbia una struttura modulare ed una veste grafica uguale in tutto l'ospedale, in modo da garantire che le informazioni salienti siano sempre nello stesso posto e consentire una leggibilità ed una comprensione immediata a tutti gli operatori.

Elementi essenziali della cartella clinica sono: il diario clinico, la cartella infermieristica, la cartella riabilitativa (nel caso in cui vengano eseguite attività riabilitative), il consenso informato, la copia del registro operatorio, le eventuali informative e volontà dell'assistito, la lettera di dimissione e la scheda di dimissione ospedaliera, oltre a tutti i documenti giustificativi del percorso clinico del paziente.

Costituisce parte essenziale della cartella clinica tutta la documentazione amministrativa/legale a giustificazione del ricovero stesso, o costituisca elemento autorizzativo previsto dalla regolamentazione vigente (es. impegnativa del medico di base/pediatra, giustificativi di variazioni tariffarie, proposta di ricovero, proposta di progetto riabilitativo individuale) e gli eventuali documenti delle autorità giudiziarie.

In sequenza cronologica la cartella clinica deve prevedere le seguenti fasi:



- 1) apertura del ricovero,
- 2) decorso del ricovero e processo di cura,
- 3) chiusura del ricovero.

1) APERTURA DEL RICOVERO.

Coincide con l'ammissione della persona assistita nel presidio ospedaliero.

In questa fase è importante identificare i dati amministrativi, tra i quali:

- a) i dati relativi alla cartella clinica (denominazione e codice ospedale, codice unità operativa, ecc.);
- b) i dati di identificazione della persona assistita (acquisendo fotocopia della TEAM e documento di identità o altri documenti di identificazione se cittadini stranieri);
- c) altri dati aggiuntivi (nome e recapito medico di fiducia e eventuali persone referenti, ecc.).

IDENTIFICAZIONE E COMPOSIZIONE.

Ogni cartella clinica deve riportare un numero progressivo annuale, deve essere identificata dall'anno di apertura del ricovero, essere firmata in ogni sua parte, conservata accuratamente presso l'unità che ha in carico il ricovero sino alla sua chiusura. Si rammenta che successivamente essa verrà archiviata e conservata a cura della direzione sanitaria di presidio.

La cartella clinica comprenderà tutta la documentazione in originale prodotta nel corso del ricovero e del pre-ricovero.

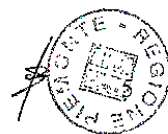
I fogli che costituiscono i diversi moduli devono essere numerati ed intestati con:

- il codice della cartella clinica e altri dati identificativi del paziente;
- il titolo del documento cui si riferisce (es.: diario clinico, cartella infermieristica, verbale operativo, lettera di dimissione).

I documenti che costituiscono il fascicolo devono essere ordinati in raggruppamenti omogenei per tipologia, in modo da renderli agevolmente individuabili.

INQUADRAMENTO INIZIALE DELLA PERSONA ASSISTITA.

La fase si propone di rilevare tutti gli elementi utili per fornire un'assistenza adeguata, nel momento più idoneo, soddisfacendo i bisogni iniziali della persona assistita e quelli che si manifestano come risposta alle procedure diagnostiche ed agli interventi terapeutici intrapresi. L'obiettivo finale è la definizione di un progetto individualizzato volto a risolvere i problemi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.



In questa fase il medico si propone di rilevare tutti gli elementi utili per fornire un'assistenza adeguata.

Devono essere quindi acquisite la proposta di ricovero, la documentazione clinica proveniente da altre strutture o da pronto soccorso.

~~Quando il paziente viene trasferito ad altro reparto dello stesso ospedale o ad altro ospedale~~ è buona norma che il paziente stesso sia presentato alla struttura accettante con una relazione che descriva le condizioni cliniche salienti ed espliciti i motivi che hanno portato al trasferimento in atto.

INQUADRAMENTO CLINICO.

Deve essere identificata la motivazione del ricovero, l'anamnesi (personale/familiare, prossima e remota), l'esame obiettivo (sempre comprensivo degli apparati respiratorio e cardiocircolatorio e degli organi addominali, oltre al sistema/apparato/organo sede della patologia che casusa il ricovero, con rilevazione accurata dei segni e dei sintomi), le ipotesi diagnostiche, l'elenco dei problemi attivi, la pianificazione del processo di cura.

2) DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA.

Il processo di cura, inteso come processo diagnostico-terapeutico-riabilitativo, riguarda sia la sua pianificazione generale che la descrizione del decorso del ricovero.

Il ricovero necessita di una programmazione e pianificazione che va costantemente aggiornata secondo il percorso diagnostico - terapeutico da eseguire.

Il decorso del ricovero deve essere sempre puntualmente registrato in ogni sua fase allegando la relativa documentazione comprensiva delle procedure diagnostiche-terapeutiche prescritte e eseguite.

La documentazione relativa al decorso del ricovero viene organizzata in specifiche sezioni: in particolare devono essere sempre redatti i documenti che seguono.

• Diario clinico.

Il diario clinico ha l'obiettivo di descrivere e verificare nei tempi appropriati per il singolo paziente la realizzazione e l'adeguatezza del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Il diario clinico, è compilato dai medici curanti e costituisce la parte della cartella clinica nel quale si descrive, giorno per giorno, tutti i giorni del ricovero, il decorso delle patologie e di altri fatti clinici rilevanti, che devono essere annotati al momento del loro accadimento.



Nel diario clinico devono essere riportate tutte le variazioni dello stato di salute del paziente e tutte le conseguenti variazioni dell'iter di cura prescelto.

Dalla lettura del diario clinico, si deve poter dedurre l'esito favorevole o sfavorevole del percorso curativo adottato.

Se il ricoverato deve essere spostato di reparto, nel diario clinico devono essere descritti accuratamente i problemi risolti e quelli ancora in essere per facilitare l'intervento e le decisioni dei colleghi di altri reparti.

Proprio perchè nella cura possono intervenire più medici, nel diario clinico ogni registrazione deve essere corredata di data e ora e il redattore deve essere sempre identificabile.

Questa parte della cartella clinica è fondamentale per avere a disposizione un quadro generale del problema clinico/assistenziale da risolvere e del percorso curativo ed organizzativo per attuarlo.

• Rilevazioni dei parametri vitali.

In questa sezione (meglio se grafica) sono riportati gli andamenti dei parametri vitali (temperatura corporea, pressione arteriosa, peso, alvo, diuresi, ecc.).

• Scheda di valutazione del dolore

Particolare rilievo deve essere dato nello spazio dedicato ai parametri vitali con riguardo alla rilevazione del dolore, oggetto di importanti indicazioni normative quali:

- il provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni di approvazione, nella seduta del 24.5.2001, dell'accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome sul documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore",
- la D.G.R. n. 31-1142 del 17/10/05 che dispone fra l'altro:

"In tutti gli Ospedali dovrà essere assicurato il trattamento del dolore acuto, con particolare riguardo:

al dolore postoperatorio; all'analgesia del travaglio di parto;

al dolore causato dalle procedure diagnostico-terapeutiche (radiologia interventistica, biopsie, endoscopie, etc.); al dolore in urgenza- emergenza. (...)

Per la rilevazione dell'intensità del dolore, la scala di valutazione raccomandata è quella numerica, da 0 a 10 (ove: 0 = nessun dolore e 10 il più intenso dolore mai avvertito dal paziente). Tuttavia, in particolari casi (bambini, pazienti con deficit mentali, ecc.), è compito del Comitato ospedaliero Ospedale senza Dolore definire ulteriori strumenti di rilevazione."

La rilevazione del dolore è parte integrante della scheda grafica di rilevazione dei parametri vitali e deve essere eseguita dal personale infermieristico.



• Cartella infermieristica /ostetrica

E' lo strumento integrante della cartella clinica dove viene documentata tutti i giorni, per ogni paziente, la pianificazione e l'esecuzione dell'attività infermieristica/ostetrica e contiene pertanto:

- l'identificazione dei bisogni (biofisiologici, psicologici, socioculturali) _____
- la formulazione degli obiettivi
- la pianificazione delle azioni
- il diario infermieristico/ostetrico in cui vengono annotate le attività svolte indicando per ognuna data e orario (devono essere registrati in ordine cronologico le osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale)
- valutazione dei risultati

In particolare la cartella ostetrica documenta giornalmente le fasi di accertamento e sorveglianza dello stato di salute e benessere globale materno-fetale e del neonato, per quanto di competenza; il processo diagnostico, la pianificazione e realizzazione delle cure, tenendo conto dei bisogni della sfera fisica, psico-emotiva e sociale della donna, e della coppia e del neonato, per quanto di competenza.

Essa può constare di diverse componenti, relative all'assistenza: in gravidanza; in travaglio, parto e puerperio.

A tale sezione afferiranno documenti quali:

- partogramma: sintesi delle condizioni materne e fetali, di quanto avvenuto in travaglio e parto e dei trattamenti attuati;
- piano di assistenza, per la sorveglianza del benessere globale materno-fetale neonatale in travaglio, parto e puerperio, per quanto di competenza;
- diario ostetrico;
- schede di valutazione e di raccolta dati (es. valutazione della poppata al seno, valutazione del dolore post-operatorio)

Il diario ostetrico deve registrare giornalmente, in ordine cronologico, le osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi ed in particolare:

- la registrazione dei fenomeni/eventi materno-fetali connessi con la gravidanza il travaglio di parto e il puerperio;
- le annotazioni delle prestazioni eseguite (rilevazione di parametri vitali, somministrazione di farmaci, interventi ostetrici, esami diagnostici, interventi di rianimazione ecc.);



- la rilevazione degli esiti materno/neonatali (storia del parto e del post partum, condizioni materne, stato di salute del neonato, per quanto di competenza).

- Cartella riabilitativa

La cartella riabilitativa è lo strumento che documenta il trattamento riabilitativo per ogni paziente preso in carico sulla base della Proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI). E' parte integrante della cartella clinica dove viene documentata tutti i giorni, per ogni paziente, la pianificazione e l'esecuzione dell'attività prestata.

Ad ogni PPRI deve corrispondere il relativo Progetto riabilitativo individuale (PRI).

Nella scheda riabilitativa vanno registrati in ordine cronologico lo svolgimento del trattamento fisioterapico riabilitativo e gli effetti derivanti.

La cartella riabilitativa deve contenere pertanto: la valutazione della disabilità, la formulazione degli obiettivi, l'esecuzione del trattamento (con descrizione del tipo di prestazione erogata, ora e giorno di esecuzione e durata), la valutazione dei risultati.

Il raggiungimento degli obiettivi sarà valutato mediante scale di valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione del paziente.

- Progetto riabilitativo individuale

Il progetto riabilitativo individuale (PRI) elaborato come da D.G.R. n. 10-5605 del 2.4.2007 e s.m.i., sulla scorta della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma, deve contenere gli obiettivi previsti (nel breve, medio e lungo termine) e gli eventuali ausili consigliati (prescritti o non prescritti) ritenuti necessari per realizzarlo.

In particolare nel progetto riabilitativo si individuano i programmi riabilitativi che definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i programmi riabilitativi.

Nel caso di paziente in carico ad un reparto diverso da quello di RRF, deve essere tracciato e siglato da parte dell'operatore medico/tecnico quanto sopra descritto all'interno della cartella clinica (diario clinico o cartella riabilitativa). Nel caso che il paziente necessiti di un cambio di setting verso la riabilitazione, alla dimissione dal reparto per acuti, deve essere presente la "Proposta di percorso riabilitativo individuale".

Gli elementi sopra individuati devono essere tutti rintracciabili all'interno della documentazione della cartella clinica.



Nel caso di cartella clinica riferita a paziente degente presso reparto di RRF gli elementi sopradescritti costituiscono gli elementi caratterizzanti della specifica cartella riabilitativa che deve contenere strumenti di valutazione funzionale e di esito in rapporto alla tipologia di paziente ed al setting di ricovero (gli strumenti di base individuati sono : scala Barthel e FIM – reparti cod. 56 -, ASIA - reparto cod. 28 -, LCF – reparto cod. 75),

• Scheda unica di terapia farmacologica (SUT).

La raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Sanità indica, tra l'altro, di adottare la *scheda unica di terapia* dove, in accordo con le disposizioni vigenti in tema di privacy, vengano riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato.

Devono pertanto risultare chiare indicazioni circa:

- la data ed ora di inizio della terapia,
- medico prescrittore
- operatore sanitario esecutore
- descrizione della terapia farmacologica
- possibili variazioni o sospensione della terapia
- registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia al paziente indicato nei tempi e modi prescritti.

In aggiunta tale foglio dovrebbe contenere informazioni anche sugli eventi avversi, intesi come segnalazione degli eventi avversi legati al trattamento farmacologico.

• Prescrizioni nutrizionali.

Questa sezione raccoglie i dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione.

• Referti/consulenze.

Occorre raccogliere in ordine cronologico i referti in originale ordinati per tipologia di esame. I referti in linea di massima devono riportare:

- unità operativa erogante,
- identificazione del paziente,
- unità operativa richiedente,
- eventuale quesito diagnostico,
- tipo di esame eseguito con modalità di esecuzione,
- formulazione dell'esito/parere,



- conclusioni diagnostiche con eventuali suggerimenti e/o commenti.

Per le consulenze occorre che siano specificati data e ora della richiesta della consulenza e data e ora dell'esecuzione della stessa.

Per quanto riguarda gli esami di laboratorio, al fine di evitare fallaci trascrizioni in prospekti, è opportuna l'emissione di referti cumulativi diacronici, che esponano i risultati in forma tabulare e in ordine cronologico progressivo, con i valori anomali evidenziati graficamente.

Si ricorda che per particolari percorsi di cura (ad esempio quello riferito al tumore al colon-retto) la Regione ha definito precise modalità di esecuzione.

• Scheda anestesilogica

La scheda anestesilogica racchiude le informazioni relative a:

- valutazione preoperatoria (precartella);
- preanestesia;
- conduzione anestesilogica;
- valutazione postoperatoria.

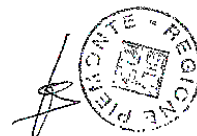
La valutazione preoperatoria deve considerare i problemi ragionevolmente prevedibili a carico del paziente, con assegnazione dello stesso ad una classe di rischio ed individuare la tecnica anestesilogica più appropriata.

Quanto occorso durante l'anestesia dovrebbe tradursi in apposita registrazione, cronologicamente definita, comprendente, oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero i seguenti punti:

- dati sull'intervento e sull'équipe chirurgica;
- tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modificazioni resesi necessarie;
- tipo di supporto respiratorio;
- procedure invasive poste in essere;
- parametri vitali monitorati;
- indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione dei farmaci utilizzati;
- segnalazione di eventuali complicanze.

La valutazione postoperatoria dovrebbe indicare:

- le condizioni (respiratorie, cardiocircolatorie, neurologiche) del paziente;
- il tipo di sorveglianza necessaria;
- la segnalazione degli accessi vascolari e di altri mezzi invasivi presenti ed il loro stato;
- le terapie in corso e quelle consigliate in particolare per il controllo del dolore post-operatorio;
- gli esami di controllo necessari;



- ora/minuti della dimissione dal blocco operatorio o da altro ambiente di intervento e trasferimento all'unità operative di degenza

• Verbale operatorio

Si richiamano di seguito le precisazioni fornite dal Ministero della Sanità con nota prot. _____ 900.2/2.7/190 del 14.3.1996.

Il verbale operatorio costituisce parte integrante e rilevante della cartella clinica, nella quale dovrà sempre essere compresa una copia di tale verbale qualunque siano le modalità della sua tenuta. Il Consiglio Superiore di Sanità individua due tipologie di requisiti:

- requisiti sostanziali:

la veridicità, la completezza e la chiarezza del verbale

- requisiti formali, sintetizzabili nei seguenti punti:

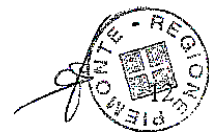
- 1) dati identificativi del paziente (nome, cognome, data di nascita);
- 2) data, ora di inizio, ora di fine dell'atto operatorio (cute/cute);
- 3) nome del primo operatore e di quanti hanno partecipato direttamente all'intervento;
- 4) diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- 5) tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'hanno condotta;
- 6) descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata;
- 7) sottoscrizione da parte del primo operatore.

Il verbale operatorio deve comprendere inoltre:

- il numero del verbale;
- il numero identificativo del ricovero;
- l'unità operativa chirurgica;
- unità operativa di ricovero del paziente o indicazione di provenienza (es. pronto soccorso);
- la codifica delle procedure eseguite anche in funzione della compilazione della SDO.

Un esemplare del verbale deve afferire alla cartella; un altro, identico, deve essere parte del registro operatorio, la cui corretta compilazione, la tenuta e la conservazione sono rimesse alla responsabilità del direttore dell'unità operativa che ha effettuato l'intervento chirurgico.

Qualora vi sia partecipazione all'intervento di più équipes chirurgiche, è necessario definire la sfera di responsabilità di ciascuna, provvedendo ad annotare nel verbale



operatorio i dati utili ad individuare la partecipazione di professionisti non appartenenti all'unità operativa che ha in carico il paziente.

Quando nell'intervento chirurgico si succedano équipes diverse, agenti in indipendenza, si dovrà valutare se occorra generare verbali operatori distinti.

Si precisa che la verbalizzazione riguarda anche gli interventi per via endoscopica.

• Informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito

Deve essere conservata tutta la documentazione inerente il consenso informato e ogni altra dichiarazione di assenso/dissenso dell'assistito, decisione di dimissione contro il parere del medico o l'opposizione alla dimissione, documenti attestanti l'esercizio della legale rappresentanza di terze persone.

3) **CHIUSURA DEL RICOVERO.**

Quando il ricovero deve essere chiuso occorre che sia effettuata la corretta registrazione della dimissione, indicando con precisione l'ora e modalità della stessa ed altre eventuali specificazioni che si ritengano necessarie. Inoltre la chiusura del ricovero prevede i documenti di seguito indicati.

• Lettera dimissione

Redatta su carta intestata dell'unità operativa di dimissione, dal medico responsabile del caso di ricovero e consegnata in busta chiusa al paziente o suo rappresentante, al momento della sua dimissione. Copia deve essere conservata in cartella clinica.

Il testo deve fornire tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico-terapeutico e le modificazioni del quadro clinico dall'ammissione alla dimissione del paziente incluso eventuale verbale operatorio.

La lettera di dimissione deve inoltre contenere indicazioni riguardo: ai problemi affrontati nel processo di cura alla terapia farmacologica attuata, ai problemi eventuali ancora aperti, al proseguimento delle terapie alla dimissione, la diagnosi e lo stato della persona assistita alla dimissione, sulle modalità di esecuzione degli esami e/o visite di controllo e di altre attività connesse con il ricovero, eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e/o sociali.

Nel caso di trasferimento, la lettera di dimissione dovrebbe fornire alla struttura di destinazione indicazioni sulle ragioni dell'ospedalizzazione, sul processo di diagnosi e cura attuato, sui risultati significativi evidenziati, sulle condizioni del paziente alla dimissione, sulle terapie in corso.



• Scheda di dimissione ospedaliera

La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere sempre presente nella cartella clinica.

La SDO, cartacea ed informatica, serve a raccogliere una serie di dati amministrativi e clinici, relativi al singolo ricovero ospedaliero.

La SDO deve fornire una rappresentazione sintetica del caso trattato, coerente con il contenuto della cartella clinica.

L'articolo 2, comma 3 del Regolamento contenuto nel D.M. 380/2000 recita:

“La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.”

Il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27.10.2000).

Va sottolineata l'importanza quindi della SDO sia per scopi di corretta sintetica registrazione del ricovero sia per gli effetti di carattere amministrativo e di riconoscimento tariffario. È necessario quindi che venga redatta a fine del ricovero con la chiusura della cartella clinica (quindi tenendo conto anche dei referti che vengono acquisiti dopo la dimissione del paziente). A tal proposito si deve ricordare quanto previsto di seguito dalle *Linee Guida ministeriali 29/6/1995 n. 1*.

Il controllo interno da parte delle aziende ospedaliere e, in generale, da parte degli erogatori di prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, dovrà essere orientato sia alla valutazione dell'utilizzo delle risorse impiegate nel trattamento dei pazienti, sia alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate, sia alla verifica delle attività di compilazione e codifica degli strumenti informativi, quale la scheda di dimissione ospedaliera, che certifichino la tipologia delle prestazioni erogate.”.



DOCUMENTI ALLEGATI ALLA CARTELLA CLINICA

Costituiscono inoltre parte della documentazione clinica i seguenti documenti:

-
- - - - - esami pre-ricovero - - - - -
 - documenti relativi a prelievi e trapianti
 - documenti relativi a impianti di presidi medico-chirurgici
 - documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati
 - documenti relativi alla programmazione della continuità delle cure
 - risultati di esami istologici e citologici
 - proposta di percorso riabilitativo individuale all'ingresso e alla dimissione del paziente
 - progetto riabilitativo individuale nei casi di ricovero con programmazione di attività riabilitative
 - autorizzazioni da parte dell'Azienda Sanitaria riferite a eventuali cambiamenti di setting assistenziale.

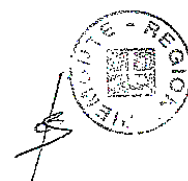
VALUTAZIONE DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA

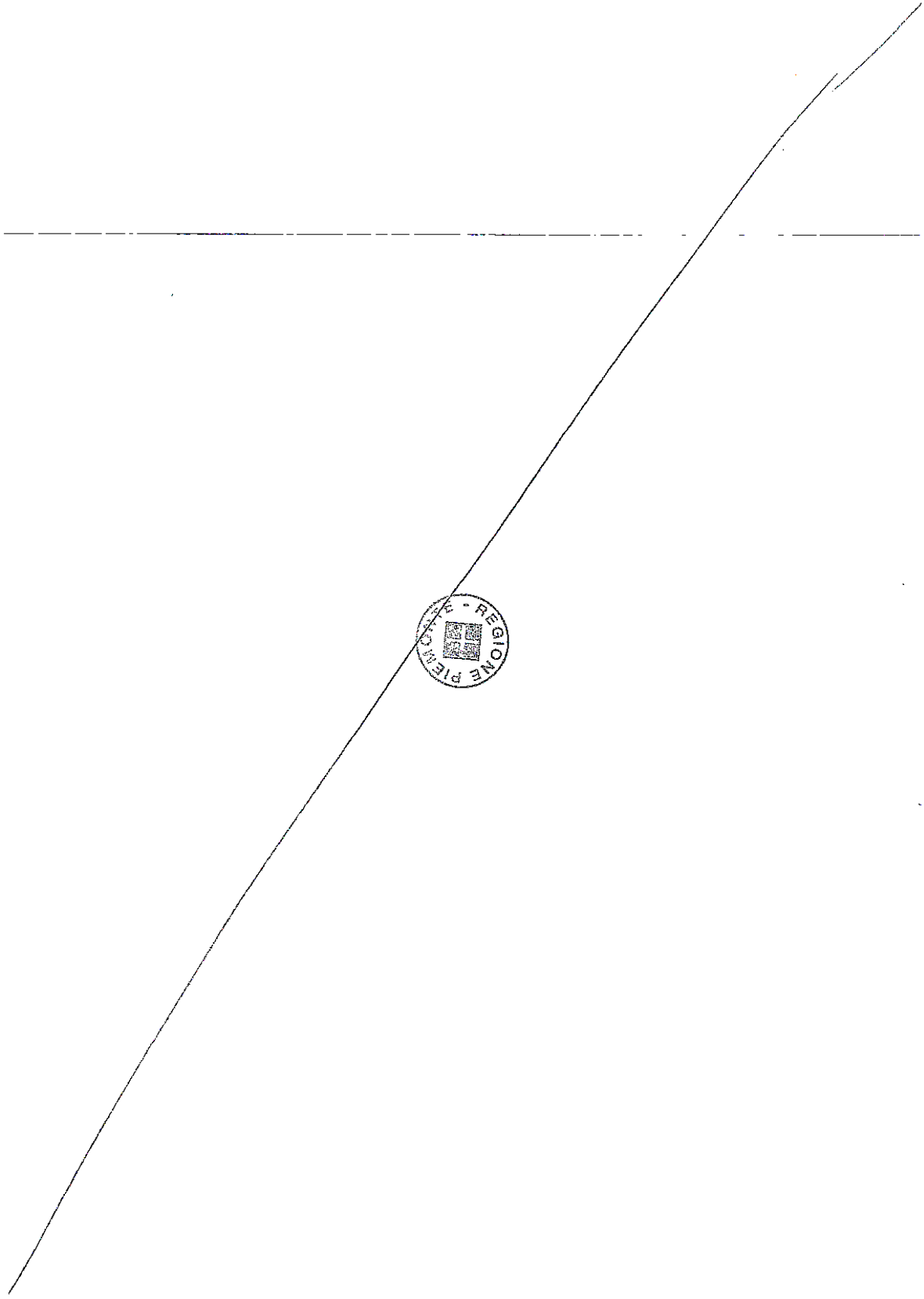
La valutazione e il miglioramento della qualità della cartella clinica costituiscono attività da sviluppare in modo sistematico in ogni Ospedale, attraverso l'analisi di un numero significativo di cartelle cliniche prodotte.

I criteri di qualità della cartella clinica vengono strutturati in apposite griglie di analisi e devono riguardare sia le caratteristiche generali della cartella clinica sia l'evidenza dell'applicazione degli specifici percorsi di riferimento.

Le valutazioni sono conservate agli atti della Struttura.

Nel caso di scostamenti nei confronti degli standard definiti viene effettuato lo specifico intervento correttivo di miglioramento, al fine di promuovere comportamenti atti a prevenire le non conformità rilevate.





La seguente griglia di valutazione si propone di coadiuvare l'attività di verifica e controllo delle cartelle cliniche: si possono compilare anche più item per questo. Ovviamente se nella fattispecie è "non applicabile", non vanno compilati gli altri campi.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

STRUTTURA _____

Numero cartella clinica/SDO _____

ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA	CORRETTO		PRESENTE		COMPLETO		LEGGIBILE		PRESENZA REDATTORE		NON APPLICABILE
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1 La cartella clinica è presente per la consultazione? (se la risposta è sì vanno valutati gli elementi successivi)											
2 Cartella clinica / numero SDO (da SDO)											
3 Reparto ricovero (confronto tracciato SDO)											
4 Copia documento del paziente											
5 Copia TEAM del paziente											
6 Data ingresso ricovero (confronto tracciato SDO)											
7 Data dimissione ricovero ((confronto tracciato SDO)											
8 Scheda di dimissione ospedaliera											
9 Prescrizione del Medico di medicina generale											
10 Motivo di ricovero											
11 Anamnesi patologica prossima											

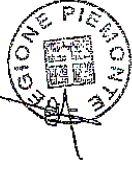


ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		CORRETTO	PRESENTE	COMPLETO	LEGGIBILE	PRESENZA REDATTORE	NON APPLICABILE
12	Esame obiettivo all'ingresso						
13	Esame obiettivo all'ingresso comprendente almeno apparato respiratorio + cardiocircolatorio + sede del problema						
14	Diario medico						
15	Diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza						
16	Annotazioni nel diario medico firmate/signate						
17	Programmazione e relativa pianificazione dell'iter diagnostico-terapeutico						
18	Diario infermieristico						
19	Diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza						
20	Annotazioni nel diario infermieristico firmate/signate/leggibili						
21	Programmazione e relativa pianificazione degli interventi infermieristici						
Scheda Unica di Terapia Farmacologica							
- data ora inizio terapia							
-medico prescrittore							
-operatore sanitario esecutore							
-descrizione della terapia farmacologica							
-possibili variazioni o sospensioni della terapia							
-registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia al paziente indicati in tempi e modi prescritti							



	ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA	CORRETTO	PRESENTE	COMPLETO	LEGGIBILE	PRESENZA REDATTORE	NON APPLICABILE
23	Valutazione finale infermieristica rispetto ai risultati assistenziali ottenuti e alla valutazione dei problemi assistenziali e sanitari ancora presenti (con eventuale ipotesi di piano assistenziale extraospedaliero)						
	Verbale operatorio						
24	- descrizione dell'intervento - data dell'intervento - durata dell'intervento - identificazione degli operatori						
25	Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche - data - firma paziente - firma medico						
26	Accuratezza nell'adozione di scale di valutazione: - valutazione del dolore - scala di Braden - Scala di Barthel - Water Swallow test - Monitoraggio e gestione accesso venoso						
27	Scheda riabilitativa						
28	Diario riabilitativo con presenza di annotazioni in tutte le giornate di degenza						
29	Annotazioni riportate nel diario riabilitativo firmate/signate						
30	Proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI)						
31	Piano riabilitativo individuale (PRI)						
32	Sintesi del PRI (obiettivi per funzioni)						
33	Data PPRI / PRI						





ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		CORRETTO	PRESENTE	COMPLETO	LEGGIBILE	PRESENZA REDATTORE	NON APPLICABILE
34	Timbro e firma medico fisiatra						
35	Prognosi funzionale :						
36	Indicazione al trattamento						
37	Previsione dei tempi di ricovero						
38	Progetto di struttura, in coerenza con il PRI, e relativa comunicazione all'ASL di residenza del paziente (da effettuarsi entro 10gg dal ricovero a cura della CdC)						
39	Codice di disabilità						
40	RRF di primo livello: effettuazione progetto di struttura di almeno 1h/die						
41	RRF di secondo livello: progetto di struttura di almeno 3h/die						
42	Scala Barthel Index.../100						
43	Scala FIM .../126 (obbligatori)						
44	Azienda e reparto di provenienza						
45	Data di richiesta trasferimento ad altro setting assistenziale						
46	Motivo trasferimento						
47	Relazione clinica allegata alla richiesta						
48	Autorizzazione al trasferimento in altro reparto/setting assistenziale di postacuzie? (solo per istituti a non diretta gestione della ASR)						
	Lettera di dimissione datata e firmata con descrizione sintetica del decorso, eventuali terapie, prescrizioni diagnostiche, follow up: - data di stesura						

ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA	CORRETTO	PRESENTE	COMPLETO	LEGGIBILE	PRESENZA REDATTORE	NON APPLICABILE
49						
- identificazione del medico redattore						
- sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)						
- indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")						



F. R.

