

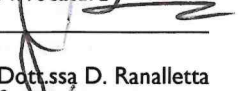

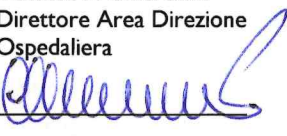

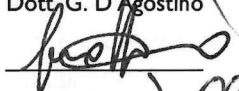
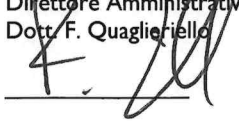
	<b>Regione Lazio</b> <b>Asl Roma I</b> <b>Area Direzione Ospedaliera</b> <b>Dir. Dott.ssa Patrizia Chierchini</b>		 <b>REGIONE LAZIO</b>	
	<b>Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta</b>		<b>Rev. 0</b> <b>del 05/08/2024</b>	<b>Pag. 1 di 13</b>
			<b>0 ADO PRO 37</b>	

## INDICE

1.	PREMESSA .....	2
2.	SCOPO E OBIETTIVI .....	2
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	2
4.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI .....	2
5.	RESPONSABILITÀ .....	3
5.1	Matrice delle Responsabilità .....	3
6.	MODALITÀ OPERATIVE .....	4
6.1	Requisiti della cartella clinica .....	4
6.2	Struttura e formato della Cartella .....	6
6.3	Apertura del ricovero .....	6
6.4	Percorso clinico e assistenziale .....	7
6.5	Trasferimento interno al Presidio .....	9
6.6	Chiusura del ricovero .....	10
6.7	Chiusura della cartella .....	10
6.8	Custodia, archiviazione, movimentazione .....	11
6.9	Verifica della completezza della Cartella Clinica .....	11
7.	ALLEGATI .....	12
8.	RIFERIMENTI NORMATIVI .....	12
9.	RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA .....	12
10.	CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI .....	12

REVISIONE	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
0	05/08/2024	GdL	Dott.ssa M. Quintili Direttore UOC SQRM   Avv.to G. Di Gregorio Avvocatura   Dott.ssa D. Ranalletta Medicina Legale   Dott.ssa P. Chierchini Direttore Area Direzione Ospedaliera 	Commissario Straordinario Dott. G. Quintavalle   Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino   Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliariello 

## GRUPPO DI LAVORO

Dott.ssa Vittoria Colamesta Dirigente Medico DSP PO SS  
Dott.ssa Maria Teresa Mainelli Dirigente Medico DSP PO SFN  
Avv.to Gloria Di Gregorio Direttore Avvocatura Aziendale  
Dott.ssa Dalila Ranalletta Direttore UOC Medicina Legale Aziendale  
Dott.ssa Laura Rosa Fenudi Responsabile UOSD Medicina Legale per il Governo Clinico  
Dott.ssa Stefania Greghini IFO Risk Management  
Dott. Aldebrando Bossi Dirigente medico UOC SQRM

## 1. PREMESSA

La cartella clinica è una raccolta organica di documenti, sulla quale viene registrato, a cura del personale sanitario, un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) concernenti un paziente ricoverato determinato ed identificato, allo scopo di poterne rilevare i dati che lo riguardano in ambito diagnostico-terapeutico anche in tempi successivi; i dati rilevati sono utilizzati per predisporre gli opportuni interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e per indagini di natura scientifica, statistica, medico legale e didattica. E' 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 (Ministero della Sanità 1992).

## 2. SCOPO E OBIETTIVI

Implementare una adeguata gestione della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla tenuta della cartella clinica presso i reparti di degenza in regime ordinario e diurno, prima della consegna in Archivio Cartelle Cliniche, al fine di garantirne i seguenti obiettivi:

- la corretta compilazione da parte di tutti quelli che intervengono nel processo terapeutico-assistenziale del paziente;
- l'adeguata conservazione e la pronta disponibilità della cartella per tutti gli operatori, il paziente e per quanti, anche se non operatori sanitari, possono avere accesso alla consultazione della stessa. Il lettore della cartella, infatti, deve essere in grado di ripercorrere agevolmente l'intero percorso clinico-assistenziale che ha riguardato il paziente nell'episodio di ricovero, in qualsiasi momento dell'iter diagnostico-terapeutico. Non appare trascurabile il rilievo medico legale di questo aspetto, anche alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale in materia di responsabilità sanitaria.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla cartella clinica generata per l'intero percorso di ricovero del paziente sia in regime ordinario sia di Day Hospital/Day Surgery all'interno dell'Azienda.

## 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

**Cartella Clinica:** Le definizioni di cartella clinica sono numerose. In relazione agli obiettivi di questa procedura, la definizione maggiormente aderente alle finalità è quella riferita alla funzione di raccolta dei dati inerenti il singolo ricovero del singolo paziente, relativi alla identificazione del paziente stesso e della struttura di ricovero, all'anamnesi ed all'esame obiettivo, ai trattamenti diagnostici e terapeutici, al diario della degenza ricomprendente i dati osservazionali relativi alle condizioni del paziente, alla scheda di dimissione ospedaliera. Trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, ha attitudine a fare piena prova, fino a querela di falso, di ciò che è stato attestato. Ed inoltre, trattandosi di atto pubblico, devono esservi annotati i fatti conformemente al loro verificarsi. Alla violazione di tale principio possono conseguire i reati di falso previsti dal Codice Penale.

**Cartella infermieristica/ostetrica:** strumento per rendere visibile e valutabile l'intervento infermieristico/ostetrico, finalizzato principalmente a facilitare la comunicazione tra operatori e l'integrazione di competenze multiprofessionali.

**SDO:** scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica

**U.O.:** unità operativa

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 2 di 13
---	--------------	----------------------	--------------

## 5. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità circa la compilazione e l'aggiornamento della documentazione sanitaria è demandata ai professionisti di volta in volta coinvolti nelle cure del singolo paziente.

- Medico: è tenuto a redigere chiaramente, con puntualità e diligenza, la cartella clinica/sanitaria e a provvedere alla chiusura della stessa al momento della dimissione del paziente.
- Operatori delle professioni sanitarie: sono tenuti a compilare chiaramente, in ogni parte, le sezioni della cartella di propria competenza, documentando la pianificazione, l'elaborazione e l'attuazione dell'assistenza fornita ai pazienti.
- Direttore di UOC/U.O.: è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche/sanitarie e della loro conservazione fino alla consegna all'archivio centrale dell'Azienda (art. 7 D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128).
- Direttore Sanitario: è responsabile dell'organizzazione del controllo della completezza dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica/sanitaria e dell'invio delle Schede Dimissione Ospedaliera, dell'archivio clinico e dell'esibizione (accesso e consultazione) dei documenti clinici (art. 5 D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128).

### 5.1 Matrice delle Responsabilità

Attività \ Funzioni	DSP	Direttore UOC/UE	FO di Coordinamento o suo sostituto	Medico/Inf./Altri professionisti sanitari	
Archiviazione e sulla conservazione delle cartelle cliniche dopo la loro chiusura e la consegna presso l'archivio cartelle cliniche	R				
Vigilanza di tipo generale sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica	R*	R*			
Vigilanza sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica con verifica alla chiusura della medesima		R*	R*		
Responsabilità della corretta conservazione in reparto della cartella clinica.		R*	R*	C	
Responsabilità della corretta e completa compilazione relativa agli atti compiuti personalmente sul paziente e della registrazione degli eventi osservati durante il proprio turno.				R	
Responsabilità di supervisione e vigilanza della corretta compilazione della parte infermieristica della cartella clinica.			R	C	

**R**= Responsabile; **R\***= Responsabile per ambito di competenza; **C**= Collabora; **I**= Informato



## 6. MODALITÀ OPERATIVE

### 6.1 Requisiti della cartella clinica

I documenti e le informazioni contenute nella cartella clinica devono rispondere ai seguenti requisiti:

**Rintracciabilità** Si intende la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti dell'episodio di ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Nella documentazione sanitaria, per ogni singola registrazione, devono pertanto essere identificabili:

- il momento dell'accadimento con data e ora, se la situazione o l'atto la richiede (ad es. prestazioni in urgenza/emergenza)
- l'autore della registrazione (firma leggibile e relativo timbro, o numero matricola o nome in stampatello, ove possibile firma digitale)

**Pertinenza** Si intende la correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative del processo di cura.

**Chiarezza:** Riguarda l'intelligibilità della grafia e l'esposizione:

- Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da parte di tutti coloro che utilizzano la cartella clinica: medici, altri professionisti sanitari, il/la paziente, ovvero gli aventi diritto alla consultazione.
- L'esposizione deve essere il più possibile semplice e diretta e non dare adito a diverse interpretazioni (inequivocabilità).
- L'uso di sigle deve essere limitato agli acronimi scientifici universalmente riconosciuti, raccomandato l'uso di inchiostro di colore blu scuro o nero che appare meglio leggibile nelle copie fotostatiche.

**Veridicità:** Tutti i dati e gli eventi devono essere annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi (attualità e tempestività delle annotazioni). È consentita la compilazione di una sezione in tempi successivi rispetto alla rilevazione del parametro e/o all'acquisizione dell'informazione nelle situazioni di urgenza o necessità che non consentano al professionista un'annotazione contestuale. In tal caso l'autore della registrazione dovrà annotare chiaramente la data e l'ora dell'indagine ovvero dell'informazione acquisita. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Circa la possibilità di apporre correzioni, vale il dettato dell'Art. 7 del DPR 445/2000: «Il testo degli atti pubblici comunque redatti non deve contenere lacune, aggiunte, abbreviazioni, correzioni, alterazioni o abrasioni. Sono ammesse abbreviazioni, acronimi, ed espressioni in lingua straniera, di uso comune. Qualora risulti necessario apportare variazioni al testo, si provvede in modo che la precedente stesura resti leggibile».

D'altra parte, la giurisprudenza penale ha sempre confermato tale principio, specificando che:

- "le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici" [...] "una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità unibile, ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità, in attesa della trasmissione alla Direzione sanitaria per la definitiva custodia" (Cass. Sez. V penale, 21 aprile-11 novembre 1983, n. 9423)
- "anche laddove il soggetto agisca per ristabilire la verità effettuale, alterando il testo della cartella clinica, sussiste ugualmente il reato di falso materiale, perché la cartella acquista carattere definitivo in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata" (Cass. Sez. V penale, 11 luglio 2005, n. 35167)

(Secondo altro orientamento, dottrinale e civilistico, la cartella sarebbe invece qualificabile come certificazione amministrativa – munita di significato probatorio privilegiato rispetto ad altri mezzi di prova – che in parte dunque fornirebbe certezze solo notiziali, superabili mediante la semplice prova contraria).

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 4 di 13
---	--------------	----------------------	--------------

Ne consegue che la cartella clinica non deve presentare abrasioni, adattamenti o sbianchettature: per errori commessi all'atto della stesura, il testo deve essere corretto con una riga o incasellato in modo che esso risulti comunque leggibile; deve quindi essere riportato il testo corretto con l'apposizione della data della correzione e della firma leggibile di chi appone la correzione. Per errori od omissioni rilevati in epoca successiva (comunque antecedente alla trasmissione della cartella alla Direzione Sanitaria per l'archiviazione) è necessario porre un'annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata dalla data, eventuale ora, e dalla firma leggibile dell'estensore. Per eventuali inserimenti, successivi alla archiviazione della cartella clinica (per esempio per referti giunti successivamente alla archiviazione) deve essere trasmessa alla Direzione Sanitaria una richiesta di integrazione del documento a firma del Direttore e/o Responsabile dell'Unità Operativa, ove siano esplicitati i motivi, al fine di integrare la cartella clinica con un addendum da cui si evincano chiaramente e fedelmente i motivi e l'epoca dell' inserimento.

I dati identificativi del soggetto che rappresenta la fonte delle informazioni riportate, se diverso dal/la paziente (per esempio: parente, accompagnatore, ecc.) devono essere specificati se si ritiene che tali informazioni possano essere utili alla realizzazione del processo di cura (pertinenza). Deve essere evitata la trascrizione dei risultati degli esami, privilegiando l'allegazione dei referti originali. In alcuni casi che necessitano di monitoraggio seriato sistematico, può essere necessario trascrivere nella cartella i dati laboratoristici, contestualmente a parametri specialistici desumibili dalle apparecchiature utilizzate (valori ventilatori, emodinamici, cerebrali, ecc).

**Completezza:** Riguarda l'esautiva compilazione ed inserimento in cartella di tutti gli elementi/moduli che la compongono senza arbitrarie omissioni, e compresi gli eventuali accertamenti pre e post-ricovero, in modo che tutti i dati relativi all'assistenza prestata al paziente dal momento dell'accettazione fino alla dimissione siano riportati chiaramente in cartella. Gli spazi e i fogli della cartella clinica non compilati vanno barrati e siglati. In particolare:

- La chiusura della cartella deve essere effettuata nel più breve tempo possibile compatibilmente con il tempo necessario per acquisire i referti di tutti gli esami effettuati nel corso del ricovero, ma non ancora pervenuti al momento della dimissione e per la compilazione della SDO. Nel caso dei referti di accertamenti pervenuti successivamente alla dimissione del paziente è necessario che gli stessi siano visionati dal medico della U.O. responsabile del caso e siglati per presa visione, dandone tempestiva comunicazione all'interessato e provvedendo altresì ad inserirli in cartella prima della chiusura della stessa.;
- Nel caso in cui nelle varie sezioni da compilare non sia evidenziata nessuna valutazione, ma sia riportata l'abbreviazione "n.d.r." (da codificarsi univocamente come nulla da rilevare), è da intendersi come "parametro o informazione indagati, ma nulla di significativo da rilevare".
- Alla conclusione dell'episodio di ricovero il Direttore della U.O. che dimette il paziente (o un suo delegato), prima di consegnare la cartella clinica per la relativa archiviazione, deve quindi esaminarla e firmarla, attestandone la regolare compilazione e completezza.
- A tale fine, si raccomanda che la chiusura della cartella clinica preveda una fase di verifica e di autovalutazione circa la corretta compilazione e completezza della stessa, nell'espletare la quale il Direttore della U.O. (o un suo delegato) che dimette il paziente può essere facilitato dall'utilizzo di una check list di riferimento.
- Nel caso, in esito a tale verifica, emerga l'evidenza di sezioni non compilate o inadeguatamente compilate, di referti o di altra documentazione mancante ovvero di qualsivoglia altra non conformità rispetto ai parametri previsti dalla check list, sarà compito del Direttore provvedere ai necessari correttivi, nel rispetto dei criteri di rintracciabilità, chiarezza, veridicità e completezza.

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 5 di 13
---	--------------	----------------------	--------------

- Non può essere accolta la richiesta di paziente o altra persona di non menzione, nella cartella clinica, di fatti attinenti al ricovero, quali ad esempio specifiche patologie; sarà, tuttavia, assicurata la garanzia della riservatezza e il rispetto del segreto d'ufficio.
- Non possono essere accolte, inoltre, richieste di apportare modifiche alla cartella clinica, ad esclusione di quelle riguardanti la correzione di errori materiali, che dovrà essere effettuata in accordo con le indicazioni sopra riportate.

## 6.2 Struttura e formato della Cartella

La cartella clinica contiene diversi documenti, correlati con le attività cliniche, assistenziali e riabilitative che caratterizzano le fasi del percorso di ricovero.

In particolare, la cartella clinica è costituita da una parte di documenti, opportunamente integrati nel fascicolo, la cui compilazione è:

- responsabilità di medico (ad es. anamnesi, esame obiettivo, diario clinico, lettera di dimissione);
- responsabilità di infermiere/ostetrica (ad es. cartella infermieristica/ostetrica, diario, finalizzati alla pianificazione, registrazione e valutazione del processo assistenziale);
- responsabilità di fisioterapista/logopedista (es. Schede di valutazione funzionale) finalizzati al programma riabilitativo;
- responsabilità congiunta dei professionisti sanitari (es. scheda unica di terapia, scheda di monitoraggio del dolore, documentazione radioterapica).

La Cartella Clinica è identificata da un codice unico per singolo episodio di ricovero (codice nosologico).

## 6.3 Apertura del ricovero

La sezione di ingresso contiene i dati amministrativi e di inquadramento iniziale del paziente:

- identificazione del paziente assistito e dati amministrativi di apertura del ricovero, attraverso il documento di identità in originale;
- referto di pronto soccorso/cartella di pronto soccorso per i ricoveri da Pronto Soccorso ovvero proposta di ricovero per i ricoveri programmati
- altra documentazione specifica

L'ulteriore documentazione di inquadramento del paziente deve tendere a identificare, in modo chiaro e dettagliato, i problemi in atto e le ragioni del ricovero, per orientare le fasi successive del percorso del paziente e la predisposizione del piano clinico - assistenziale ritagliato sui bisogni specifici dell'assistito.

### Anamnesi

L'anamnesi - familiare, fisiologica, lavorativa, sociale, patologica remota e recente - orienta all'identificazione dei problemi attivi e pregressi della persona assistita, in relazione all'episodio attuale di cura. Le condizioni di allerta, come ad esempio allergia, reazioni da farmaci, reazioni a trasfusioni, devono essere di immediata evidenza, sia in caso sia di positività che di negatività. Al fine di garantire la continuità della terapia farmacologica a ogni nuova presa in carico del paziente il medico deve effettuare la riconciliazione farmacologica. La raccolta dell'anamnesi è responsabilità del medico di reparto che la completa indicando data, ora, firma (o sigla) e timbro. E' importante indicare se l'anamnesi viene raccolta direttamente dal racconto del paziente o dai famigliari o da altri, oppure attingendo ad altra documentazione sanitaria.

### Esame Obiettivo

L'esame obiettivo costituisce anch'esso parte della valutazione d'ingresso ed è orientato all'esame dei diversi sistemi/apparati, specie di quelli correlati con le motivazioni del ricovero. L'esame obiettivo,

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 6 di 13
---	--------------	----------------------	--------------

peraltro, non è circoscritto al solo momento iniziale, ma deve essere ripetuto ogni qualvolta le variate condizioni cliniche dell'assistito lo richiedano.

In caso di trasferimento interno ad altra U.O., il medico dell'U.O. di destinazione avrà cura di raccordare l'anamnesi o l'esame obiettivo con dati ulteriori se utili alla specificità del trattamento, proseguendo la registrazione nel diario clinico, con indicazione della denominazione dell'U.O., data, ora, firma o sigla.

#### **6.4 Percorso clinico e assistenziale**

##### **Diario clinico**

Nel corso della degenza, il diario clinico medico e infermieristico ha l'obiettivo di documentare gli eventi riguardanti l'evoluzione dello stato di salute del paziente, unitamente alla effettuazione degli appropriati trattamenti diagnostici, terapeutici, assistenziali, riabilitativi.

In particolare, nel diario devono essere segnalate con tempestività:

- le variazioni delle condizioni di salute rispetto a un inquadramento pregresso;
- le eventuali modifiche apportate al programma di cura, con debita motivazione.

Operativamente:

- le informazioni contenute sono funzionali a documentare in maniera chiara e accurata il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, permettendo una visione completa del decorso, delle prestazioni erogate e delle motivazioni alla base delle scelte terapeutiche e procedurali;
- la richiesta di esami e/o accertamenti utili al piano di cura deve essere segnalata in diario clinico;
- il diario clinico deve essere aggiornato ogniqualvolta vi sia un significativo cambiamento delle condizioni del paziente o, in assenza di cambiamenti, in occasione delle valutazioni giornaliere;
- ogni registrazione deve essere datata, il compilatore deve essere sempre identificabile e, qualora vi siano più osservazioni nella stessa giornata, il redattore deve specificare l'ora;
- le informazioni sul diario clinico documentano non solo il decorso clinico, ma anche i risultati delle prestazioni erogate e le decisioni terapeutiche assunte, in modo da permettere una visione d'insieme del paziente;
- quando si fa riferimento a **protocolli, procedure, linee guida non applicati di routine** occorre specificarne il riferimento e le motivazioni sottese all'adozione delle stesse nel caso specifico.

##### **Monitoraggio dei parametri vitali e dati significativi (grafica)**

La grafica è un documento che, ove previsto, fa parte della cartella clinica e la cui compilazione può essere effettuata sia dal medico sia dall'infermiere/ostetrico per quanto riguarda la registrazione dei parametri vitali, drenaggi, peso corporeo e tutti quelli ritenuti rilevanti al fine della migliore definizione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale.

##### **Scheda Unica di Terapia**

La scheda di terapia, che costituisce parte integrante della cartella, è il documento che attesta l'attività di gestione della terapia farmacologica destinata ai pazienti ricoverati. In particolare, è il documento che attesta le attività prescrittive del medico (prescrizione, sospensione e variazione della terapia) le attività dell'infermiere e/o ostetrica (avvenuta/non avvenuta somministrazione).

Utilizzare il programma informatico IE/Terapie laddove implementato; laddove venga utilizzata la SUT Cartacea essa deve essere gestita secondo le modalità procedurali interne alla UOC/U.O..

##### **Scheda di monitoraggio del dolore**

In cartella clinica è inserito un sistema di valutazione e registrazione del dolore. La terapia antalgica al pari degli altri trattamenti farmacologici viene registrata nella scheda di terapia.

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 7 di 13
---	--------------	----------------------	--------------



### **Richiesta di indagini ed esami**

Allo stato attuale la richiesta delle principali prestazioni diagnostiche (di laboratorio, radiologiche, citologiche, ecc.) sono gestite tramite sistema informatizzato. Pertanto non si ritiene necessario mantenere copia cartacea della richiesta in cartella, tuttavia deve esservi menzione della richiesta all'interno del diario clinico.

### **Referti/Consulenze**

I referti delle attività diagnostiche (indagini strumentali, diagnostica per immagini, esami di laboratorio, diagnostica citopatologica, ecc.) e delle consulenze prodotti durante il ricovero e nella fase pre-ricovero (ad es. referti di esami o eventuali valutazioni preoperatorie) o post-ricovero devono essere presenti in cartella clinica in originale, suddivisi per tipologia, ordinati cronologicamente. Anche i referti di diagnostica per immagini devono essere presenti mentre l'iconografia è consultabile, laddove possibile, su supporto informatico.

In caso di trasferimento interno, il medico referente del reparto che accoglie il/la paziente è responsabile del recupero e dell'inserimento in cartella dei referti non ancora pervenuti al momento del trasferimento.

Referti di proprietà dell'assistito o riferiti a precedenti ricoveri o prestazioni non vanno allegati in originale alla cartella. E' possibile acquisire fotocopia dei soli referti ritenuti essenziali ai fini del trattamento clinico.

La relazione di consulenza viene compilata su modulo ad hoc dell'applicativo aziendale ADT, stampata, firmata e inserita nella rispettiva cartella clinica.

### **Verbale Operatorio**

**Il verbale operatorio**, da compilarsi per ogni singolo intervento chirurgico, costituisce parte integrante ed essenziale della cartella clinica, nella quale dovrà sempre essere inserito completo in tutte le sue parti.

Il verbale operatorio deve rispondere ai **requisiti essenziali di veridicità, completezza e chiarezza**. Per quanto riguarda la veridicità, è necessario che la copia cartacea e quella informatizzata corrispondano.

### **Scheda Anestesiologica**

La documentazione anestesiologica racchiude le informazioni relative a:

- valutazione preoperatoria
- preanestesia
- conduzione anestesiologica
- indicazioni postoperatorie

La valutazione preoperatoria deve considerare i problemi ragionevolmente prevedibili a carico del paziente, con assegnazione dello stesso a una classe di rischio (Classe ASA) e individuare le tecniche anestesiologiche (anche alternative) più adeguate.

### **Consensi e Dichiarazioni di Volontà del paziente**

In questa sezione sono raccolte tutte le informazioni sulle prestazioni sanitarie e le correlate espressioni di assenso/dissenso dell'assistito, inclusa la decisione di dimissione volontaria contro parere sanitario.

#### ***A) Consenso al trattamento dei dati personali***

La cartella, contenendo dati personali sensibili, ricade a pieno titolo nelle prescrizioni riguardanti il trattamento di tale tipologia di dati, pertanto relativamente alla tutela della privacy occorre attenersi alla relativa normativa vigente. Tutti i dati e le informazioni contenuti nella cartella clinica "di conseguenza" non possono essere divulgati a meno che non vi sia l'assenso dell'interessato.

#### ***B) Consenso/Dissenso***

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 8 di 13
---	--------------	----------------------	--------------



L'acquisizione di un valido consenso al trattamento deve essere registrata a cura del medico che l'ha raccolto. Nel caso in cui il paziente rifiuti il trattamento, l'esplicitazione del motivo deve essere registrata dal medico e controfirmata dal paziente o dal rappresentante legale.

### **Altra Documentazione Specifica**

I seguenti documenti devono essere inseriti in cartella clinica nel caso in cui siano effettuate le relative prestazioni:

- scheda di assistenza al parto (cedap), compilato in formato elettronico sull'applicativo aziendale ADT;
- documenti relativi a prelievo o impianto di tessuti o organi
- modello per interruzione di gravidanza, compilato in formato elettronico sull'applicativo aziendale ADT
- Rad-esito (frattura femore, ictus, ecc...), compilato in formato elettronico sull'applicativo aziendale ADT
- Schede SUS/BRASS quando richieste.
- Avviso di morte e Scheda Istat
- Notifica malattia infettiva (modello mi-base)
- Check list percorso intervento chirurgico, quando richiesto

## **6.5 Trasferimento interno al Presidio**

A garanzia della continuità del trattamento, la cartella clinica completa accompagna il paziente contestualmente al suo eventuale trasferimento in altra U.O. consentendo il passaggio delle informazioni utili alla prosecuzione dell'iter clinico - assistenziale.

### **6.5.1 Relazione di Trasferimento**

Il medico della U.O. che cura il trasferimento è responsabile della verifica della completezza della documentazione sanitaria (cartacea o informatizzata) e delle informazioni ivi contenute. In caso di trasferimento programmato, procede ad una sintetica comunicazione nella quale evidenzia i motivi del trasferimento e i problemi clinici rilevanti per il prosieguo dell'iter assistenziale, quali:

- gli accertamenti significativi eseguiti e le diagnosi effettuate,
- le procedure/interventi sul paziente significative ai fini della corretta codifica nella SDO
- le terapie farmacologiche effettuate e da proseguire,
- la descrizione delle condizioni del paziente al momento del trasferimento,
- gli esami richiesti per i quali non è ancora disponibile il referto.

In caso di trasferimento urgente, è sufficiente una relazione annotata sul diario clinico, firmata e timbrata dal medico di reparto.

Il momento del trasferimento coincide con il passaggio della presa in carico del paziente dalla U.O. inviante a quella di destinazione.

**L'U.O. che accoglie il trasferimento** provvede all'aggiornamento dei dati clinici sulla propria cartella di reparto, con la registrazione nel diario clinico della denominazione dell'U.O. ricevente (timbro), della data e dell'ora del trasferimento, della rivalutazione clinica del paziente da parte del medico dell'U.O. ricevente.

I professionisti sanitari del reparto inviante sono responsabili della verifica della completezza delle informazioni e della documentazione di competenza.

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 9 di 13
---	--------------	----------------------	--------------

## 6.6 Chiusura del ricovero

Al momento della dimissione è effettuata la valutazione finale con lo stato di salute del paziente e la conclusione diagnostica, riportate nella lettera di dimissione e nella compilazione della SDO.

### Lettera di Dimissione

Al momento della dimissione o del trasferimento in altro presidio, a garanzia della continuità della cura, deve essere consegnata all'assistito la lettera di dimissione che rende conto delle conclusioni diagnostiche. E' redatta dal medico referente dell'U.O. che, al termine del complessivo episodio di ricovero, dimette il paziente e sintetizza il contenuto della cartella clinica, includendo, anche in conformità ai requisiti richiesti dall'accreditamento istituzionale, le seguenti informazioni:

- nome e cognome del paziente, data di nascita, indirizzo
- nome e cognome del medico della U.O. che dimette
- data di ingresso e motivo del ricovero
- data e diagnosi di dimissione
- iter diagnostico-terapeutico e accertamenti significativi
- terapie effettuate
- evoluzione del quadro clinico nel corso del ricovero
- sintesi degli eventi più significativi occorsi durante il ricovero
- in caso di ricovero chirurgico: data e tipologie delle procedure chirurgiche, comprese trasfusioni ed eventuale impianto protesico
- terapia consigliata al domicilio, istruzioni di follow-up (es. data e ora del primo controllo, fornendo se necessaria anche l'impegnativa) ed eventuale occorrenza di ulteriori prestazioni sanitarie e/o sociali
- eventuali suggerimenti sulle abitudini di vita
- indicazione di eventuali esami in corso di refertazione al momento della dimissione
- firma e timbro (o nome dattiloscritto) del medico responsabile della dimissione.

La lettera di dimissione deve riportare inoltre il nome della U.O. dalla quale il/la paziente viene dimesso e i recapiti telefonici con orari dedicati ai contatti con l'esterno a cui fare riferimento.

Alla dimissione saranno erogati dalla farmacia i farmaci di classe A/SSN inseriti in Prontuario Ospedaliero, prescritti dal medico per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero

### Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

È stata istituita, con Decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, quale parte integrante della cartella clinica e strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli ospedali pubblici e privati dell'intero territorio nazionale. La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico individuato dal Direttore della UOC.

## 6.7 Chiusura della cartella

Nelle cartelle cliniche non ancora chiuse dopo la dimissione dell'assistito, i referti di indagini eseguite e non ancora pervenuti o le prescrizioni di indagini in proseguimento di iter diagnostico devono essere registrate sul diario clinico. In caso di **Dimissione volontaria contro il parere dei sanitari**, il medico provvede a:

- registrare la decisione del paziente in cartella clinica
- informarlo delle possibili conseguenze dell'interruzione del percorso diagnostico terapeutico documentandolo in cartella

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 10 di 13
---	--------------	----------------------	---------------

Anche l'eventuale **verbale del riscontro diagnostico**, le relazioni delle indagini strumentali e di laboratorio sul cadavere fanno parte integrante della cartella clinica ed inserite prima della consegna in archivio.

Il medico di U.O. referente del ricovero è inoltre responsabile della gestione dei referti di accertamenti pervenuti dopo la dimissione e dei risultati di prestazioni in proseguimento di iter diagnostico nonché delle eventuali integrazioni in cartella clinica.

Operativamente, anche qualora i referti risultassero non significativi occorre, in ogni caso, che sia data evidenza in cartella della presa visione degli esiti e, qualora il risultato modifichi prognosi e condotta terapeutica, della conseguente comunicazione al paziente, specificandone le modalità e i tempi di informazione. In caso di esiti "positivi" occorre che siano attivati i percorsi necessari alla rivalutazione e informazione della persona assistita e alla consegna della lettera di dimissione aggiornata secondo il nuovo quadro clinico.

La cartella clinica si intende formalmente chiusa solo nel momento in cui vengono incorporati tutti gli elementi documentali comprovanti gli atti sanitari eseguiti nell'ambito del ricovero nonché dalla/con la scheda nosologica (SDO) debitamente compilata e firmata.

La chiusura comporta anche l'ordinamento dei documenti costitutivi della cartella, per tipo e cronologia.

La chiusura della documentazione infermieristica / ostetrica / riabilitativa, va effettuata nel più breve tempo possibile dalla dimissione del paziente e, previo controllo da parte del responsabile di Funzione di Coordinamento, o suo collaboratore, va inserita nella cartella clinica.

Alla conclusione del complessivo episodio di ricovero, il Medico dell'U.O. che dimette il/la paziente (Direttore o suo delegato), prima di consegnare la cartella clinica per l'archiviazione, deve attestarne la regolare completezza, apponendo la firma nel campo dedicato

## **6.8 Custodia, archiviazione, movimentazione**

Dal momento del loro completamento a seguito della dimissione del paziente, la responsabilità della corretta custodia, archiviazione e movimentazione delle Cartelle Cliniche risulta attribuita in base alla sede di custodia.

**In caso di smarrimento di Cartella Clinica** prima della consegna all'Archivio cartelle Cliniche del Presidio è fatto obbligo al Responsabile di U.O. di effettuare relativa denuncia scritta presso gli Organi di Polizia trasmettendone copia alla Direzione Medica di Presidio. Risulta opportuno inoltre, per quanto possibile, provvedere a ricostruire la documentazione sanitaria relativa al ricovero utilizzando quanto disponibile su supporto informatizzato.

**In caso di sequestro giudiziario della cartella clinica** da parte delle Forze dell'ordine su disposizione della AAGG occorre tenere presente che è diritto della struttura tenutaria della cartella clinica poter effettuare copia della stessa. Occorre pertanto fotocopiare tutta la documentazione consegnando l'originale alla autorità richiedente e la copia alla DSP il prima possibile.

## **6.9 Verifica della completezza della Cartella Clinica**

Per assicurare che le verifiche siano condotte nel modo più riproducibile e obiettivo possibile, utilizzare una scheda diretta a valutare l'accuratezza e la completezza della compilazione della cartella.

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 11 di 13
---	--------------	----------------------	---------------

La responsabilità della conduzione delle attività di valutazione della qualità di compilazione della cartella clinica e delle azioni di miglioramento è in capo ai Direttori di UU.OO. con la supervisione della Direzione Sanitaria.

## **7. ALLEGATI**

ALLEGATO I Richiesta integrazione cartella clinica

## **8. RIFERIMENTI NORMATIVI**

- DPR 27.03.1969 n.128 ( Ordinamento interno dei Servizi Ospedalieri);
- Circolare Min.Sanità n.61 del 19.12.1986 (Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura);
- L. n. 241 del 07.08.1990 e succ. mod. e int. (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi);
- DM 18.12. 1991 (Istituzione Scheda di Dimissione Ospedaliera);
- Circolare del Ministero della Sanità 14.03.1996 (Registro Operatorio);
- Circolare Ministeriale n.61 del 19 dicembre 1986
- D.M. 28/12/1991 istituzione della scheda di dimissione ospedaliera
- D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni
- Manuale per la sicurezza in sala operatoria (Ministero Salute ottobre 2009)
- Codice di deontologia medica
- Codice deontologico infermiere 2019

## **9. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA**

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile su supporto informatico sul sito aziendale (intranet).

## **10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI**

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

Procedura per la gestione della cartella clinica presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta	0 ADO PRO 37	Rev.0 del 05/08/2024	Pag. 12 di 13
---	--------------	----------------------	---------------



All'Ufficio Cartelle Cliniche del Presidio \_\_\_\_\_

**Oggetto: richiesta di integrazione cartella clinica.**

Il/La/I sottoscritto/a/i Dott. \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore della UOC/UOSD

CHIEDE

l'inserimento della seguente documentazione:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

nella cartella clinica del Sig./Sigra \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

ricoverato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nosologico \_\_\_\_\_

consegnata in archivio cartelle cliniche in data \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Per ricevuta

Roma, \_\_\_\_\_

Ufficio Cartelle cliniche \_\_\_\_\_

