

## **Corretta compilazione, custodia, archiviazione e modalità di movimentazione delle Cartelle Cliniche**

1.	Lista di distribuzione .....	1
2.	Emissione .....	2
3.	Scopo.....	2
4.	Campo di applicazione.....	3
5.	Riferimenti.....	3
6.	Definizioni.....	4
7.	Requisiti della cartella clinica.....	6
7.1	Struttura e formato della Cartella.....	7
	Apertura del ricovero .....	7
	Percorso clinico e assistenziale .....	7
	Trasferimento interno.....	8
	Chiusura del ricovero .....	8
	Chiusura della cartella clinica .....	8
7.1.1	Apertura del ricovero .....	8
7.1.2	Percorso clinico e assistenziale .....	10
7.1.3	Trasferimento interno.....	14
7.1.4	Chiusura del ricovero .....	14
7.1.5	Chiusura della cartella.....	16
7.2	Responsabilità di compilazione della Cartella Clinica .....	17
7.3	Custodia, Archiviazione, Movimentazione.....	18
7.4	Verifica della completezza della Cartella Clinica.....	19
7.5	Verifica della corretta compilazione della SDO .....	20
8.	Parametri di controllo .....	20

### **1. Lista di distribuzione**

La seguente procedura è messa a disposizione di tutto il personale coinvolto e interessato attraverso la pubblicazione all'interno del sito intranet aziendale

## 2. Emissione

Rev.	Descrizione modifiche	Data Approvazione	Redazione	Firma Verifica	Firma Approvazione
1	Revisione completa del documento	29/09/2011	Gruppo di redazione	Responsabile Qualità aziendale ( Dott. U. Wienand)	Direttore Generale ( Dott. G .Rinaldi)

Gruppo di redazione:

M. Uberti (Ufficio Legale); B. Paltrinieri (Direzione Generale); A. Masiero, M. Sandri (Direzione Medica di Presidio ); M. Gallerani (UO Medicina Interna Ospedaliera ); M. Govoni (UO Reumatologia );P. Fabbri (Area Comunicazione); F. Guerzoni ( Area Statistica Sanitaria Servizio Informativo Ospedaliero); D. Celin ( Programmazione e Controllo di Gestione); P. Scanavacca (Dipartimento Farmaceutico Interaziendale); M. Spatola (Direzione delle Professioni); U.Wienand, B. Chiarabelli (Ufficio Accreditamento Qualità).

## 3. Scopo

Descrivere i contenuti e i requisiti essenziali cui deve essere conformata la cartella clinica quale documento unico di riferimento per la raccolta completa e puntuale dei dati attinenti all'intero percorso di ricovero all'interno dell' Azienda, fornire indicazioni operative per la compilazione e la tenuta dei documenti che costituiscono la cartella clinica al fine di permettere una corretta gestione clinico - assistenziale del paziente in tutte le unità operative dell'Azienda.

### Funzioni della cartella clinica

- Fornire una base informativa per decisioni clinico - assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale, documentando lo stato di salute dell'assistito, i trattamenti effettuati, i risultati conseguiti;
- facilitare il passaggio delle informazioni e l'integrazione operativa dei diversi professionisti che hanno in cura il paziente;
- tracciare le attività svolte, per permettere di risalire a:
  - responsabilità delle azioni
  - cronologia e modalità di esecuzione delle stesse;
- fornire una fonte di dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento, valutazioni dell'attività clinico - assistenziale, esigenze amministrative, gestionali, legali.

## 4. 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.

## 5. Riferimenti

### Riferimenti normativi

- R.D. 30.09.1938 n. 1631 (Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali);
- D.P.R. 30.09.1963 n. 1409 (Norme relative all'ordinamento e al personale degli Archivi di Stato);
- D.P.R. 27.03.1969 n. 128 (Ordinamento interno dei servizi ospedalieri);
- D.M. 05.08.1977 (Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private);
- DPCM 27.06.1986 (Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private);
- Circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19.12.1986 (Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura);
- Legge 241 del 07.08.1990 e successive modificazioni e integrazioni (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi)
- D.M. 28.12.1991 (Istituzione della Scheda di dimissione ospedaliera);
- D.M. 26.07.1993 (Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati);
- DPCM 19.05.1995 (Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini dell'emanazione degli schemi generali di riferimento di "Carte dei Servizi pubblici");
- Circolare del Ministero della Sanità 14.03.1996 (Registro operatorio);
- Legge 675 del 31.12.1996 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali);
- D.M. 14.02.1997 (Determinazione delle modalità affinché i documenti radiologici e di medicina nucleare e i resoconti esistenti siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche);
- Legge 449/1997 (Finanziaria 1998)
- Legge 448/1998 (Finanziaria 1999)
- D. Leg. vo 29.10.1999 n. 490 (T.U. delle disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali, a norma dell'art. 1 della L. 8/10/97 n. 352);
- D.M. 27.10.2000 n. 380 (Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati);
- DPR 28.12.2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
- D. Leg. vo 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- Codice Civile e Penale.
- D.Lgs n.82 del 7/03/05 (Codice dell'amministrazione digitale) e D.Lgs n.159 del 4/04/06 (Disposizioni integrative e correttive al decreto n. 82 del 7/03/05)
- Codice deontologico dell'infermiere 2009
- Il Codice di Deontologia Medica 2009
- DGR Emilia Romagna del 9/11/2009 n. 1706 (Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio)
- Legge Regionale 34 del 14/12/2007
- Art. 1176, 2699, 2700 Codice Civile
- Art. 326, 328, 357, 361, 476, 477, 479, 480, Codice Penale.

- Art. 331 Codice di Procedura Penale
- Circolare RER n.34623/2000 per l'erogazione dei farmaci alla dimissione

### Riferimenti bibliografici

- Bargagna m, Merusi F. La cartella clinica ed. Giuffrè, 1978
- Barni M. Santosuosso A. Medicina e Diritto ed. Giuffrè 1995
- Bilancetti M. La responsabilità penale e civile del medico 2001 ed CEDAM
- Buzzi F. Sclavi C. La cartella clinica :atto pubblico , scrittura privata o tertium genus. Riv.It.Med. Leg. 19, 1161 1997
- Cigala E. " Gli aspetti amministrativi della cartella clinica " Atti della giornata di studio sulla cartella clinica Cremona Marzo 2003
- Perelli ed Ercolini La cartella clinica Leadership Medica , 10, 20, 2001; atti aggiornamento professionale Rimini 2001
- Soprana C. Sul valore tecnico , amministrativo medico-legale generale e assicurativo della cartella clinica nel S. Anna di Ferrara, 1963

### Riferimenti Aziendali

- P-005-AZ rev 2 del 28/04/2011 Gestione clinica dei farmaci
- P-090-AZ rev 0 del 17/03/2009 procedura per la trasfusione del sangue e degli emoderivati
- MOD-088-AZ informativa sui rischi e complicanze della trasfusione del sangue
- MOD-089-AZ relazione alla reazione trasfusionale
- P-244-AZ Procedura per informazione ed acquisizione del consenso informato
- DOC-061-AZ linee guida inerenti all'applicazione del D. LGS.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali -codice di privacy)
- DOC-062-AZ Sintesi normativa e procedure per il rispetto della Privacy nel trattamento dei dati IT ( information technology)
- DOC-063-AZ Sintesi normativa e procedure per il rispetto della privacy
- Delibera Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara n. 156 del 15.07.2009 "estratto Regolamento per il rilascio di copie di documenti sanitari "
- Delibera n 239 del 10/11/2009 "Regolamento per la Frequenza Volontaria presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria S.Anna di Ferrara".
- DOC-242-AZ "Glossario delle principali sigle utilizzate nella redazione della Cartella Clinica" rev 0 del 29/09/2011

## 6. Definizioni

**Cartella Clinica:** documento che raccoglie le informazioni, attinenti al singolo paziente ed al singolo episodio di ricovero, finalizzate alla formulazione di decisioni cliniche e assistenziali: i dati e le informazioni riportate in tale documentazione hanno, quindi, lo scopo di fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali ed efficaci e per garantire la continuità del percorso di cura, documentando il quadro clinico - assistenziale, il processo diagnostico-terapeutico realizzato e i risultati conseguiti.

Stante la natura di atto pubblico, si applicano alla cartella clinica gli articoli previsti dal Codice Penale in tema di falsità materiale e ideologica in atti pubblici ed un ritardo/omissione nella compilazione della cartella può integrare gli elementi del reato di rifiuto o omissione di atti d'ufficio.

Inoltre, in ogni valutazione medico-legale (a fini processuali, assicurativi, previdenziali, assistenziali), la cartella clinica viene considerata luogo privilegiato di informazione sanitaria medica, avente particolare efficacia probatoria sino ad impugnazione per falso.

La Cartella clinica, contenendo dati sanitari, è soggetta alla tutela del segreto professionale (art. 622 C.P.).

**AIFA** Agenzia Italiana del Farmaco

**Atto pubblico di fede privilegiata:** atto redatto dal medico – pubblico ufficiale se compie attività di assistenza sanitaria (ASL ed Ospedali) – nell’esercizio di una potestà di certificazione ed attestazione conferita dalla legge ed in conformità ai singoli regolamenti interni.” Le correzioni possono essere apportate lasciando immutate e leggibili le precedenti annotazioni errate. In caso contrario vi è il rischio di alterazione del documento con conseguenze anche penali per chi l’ha redatta

**Autore della registrazione:** il professionista sanitario intervenuto con finalità clinico-assistenziali nel corso dell’episodio di ricovero e che ha titolo alla compilazione della documentazione (medico, infermiere, ostetrico, fisioterapista, logopedista, tecnico sanitario).

**Cartella infermieristica/ostetrica:** strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo d’assistenza infermieristica/ostetrica e l’applicazione del contenuto specifico del profilo professionale (Profilo Professionale Infermiere D.M. 739/94, Profilo Professionale Ostetrica D.M. 740/94)

**Codice a barre:** sistema ottico di identificazione del ricovero presente nell’etichetta paziente

**Codice nosologico:** codice identificativo unico del ricovero (anno – numero ricovero SDO)

**CP:** Codice Penale

**DM:** Decreto Ministeriale

**DPR:** Decreto Presidente della Repubblica

**Gestione della cartella clinica:** processo che è composto dalle fasi di compilazione, tenuta, conservazione, movimentazione, archiviazione, verifica della completezza per le quali è possibile individuare precise responsabilità.

**Identificazione dell’operatore:** l’autore delle registrazioni effettuate in cartella è identificabile tramite firma leggibile.

**Lettera di dimissione:** documento medico che funge da passaggio di informazioni nei confronti dei professionisti sanitari che prenderanno in carico il paziente dopo la sua dimissione, a qualsiasi livello assistenziale, e che costituisce altresì lo strumento informativo per rendere edotti il/la paziente e/o i suoi familiari autorizzati circa le sue condizioni di salute e le indicazioni per l’eventuale monitoraggio clinico - terapeutico degli esiti della patologia trattata in corso di ricovero.

**MMG:** medico di medicina generale

**Proposta di ricovero:** documentazione o certificazione che contiene le motivazioni del ricovero e che costituisce parte integrante della cartella, vale a dire referto di pronto soccorso o referto di visita ambulatoriale con indicazione al ricovero.

**Referto:** certificazione correlata ad attività diagnostica consulenziale o di erogazione di prestazione terapeutica, riabilitativa o assistenziale.

**Registro operatorio:** insieme dei verbali operatori conservati presso il blocco operatorio.

**Relazione/raccordo di trasferimento:** comunicazione nella quale l’U.O. che trasferisce il paziente evidenzia i motivi del trasferimento e i problemi clinici rilevanti per il prosieguo dell’iter assistenziale.

**Ricognizione farmacologica:** raccolta di informazioni complete ed accurate su farmaci ed altri prodotti ( anche non convenzionali ) assunti dal paziente

**SAP:** “System Application and Productos in data processing” Sistema Informatico Gestionale Integrato dell’Azienda

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

**Sezioni:** parti in cui è articolata la cartella clinica in funzione delle diverse fasi e tipologia del processo di ricovero e cura.

**U.O.:** unità operativa

**Verbale operatorio:** è un atto pubblico, che corrisponde alla descrizione dettagliata di ogni singolo intervento, è parte integrante della cartella clinica la cui corretta compilazione è di responsabilità dei singoli professionisti facenti parte dell’equipe operatoria

## 7. Requisiti della cartella clinica

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

### **Rintracciabilità**

Si intende la possibilità di 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)

### **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.
- 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 risulti visibile; deve quindi essere riportato il testo corretto con l'indicazione della data della correzione e della firma di chi appone la correzione. Per errori od omissioni rilevati in epoca successiva è necessario porre un'annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata dalla data, eventuale ora, e dalla firma dell'operatore che ha effettuato la rilevazione e la correzione. Nel caso di cartella clinica informatizzata non deve essere possibile effettuare cancellazioni senza che ne rimanga traccia (data, ora, autore, contenuti), gli errori vanno annullati e le correzioni devono restare visibili.
- 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 allegando i 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'esaustiva 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 in quanto ritenuti "parametri o informazioni non necessari o ritenuti non rilevanti" vanno barrati.

## **7.1 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 e/o codice a barre).

I fogli che costituiscono le diverse sezioni della cartella riportano il logo aziendale e le seguenti informazioni:

- codice nosologico del ricovero con i dati identificativi del paziente o codice a barre e timbro dell'Unità Operativa di degenza
- titolo del documento (anamnesi, esame obiettivo, scheda unica di terapia, ecc.) e nel caso di moduli specialistici, la denominazione anche dell'area specialistica.

Le sezioni - e i relativi documenti - che costituiscono il format standardizzato in cui è articolata la cartella clinica in funzione delle diverse fasi di ricovero sono:

### **Apertura del ricovero**

- frontespizio e identificazione
- anamnesi
- esame obiettivo

### **Percorso clinico e assistenziale**

- attività diagnostiche
- attività terapeutiche/assistenziali
- attività riabilitative
- diario clinico (medico e infermieristico)
- scheda di terapia farmacologica e prescrizioni nutrizionali
- referti di esami diagnostici e specialistici, comprese le consulenze
- rilevazione dei parametri vitali
- scheda di identificazione del paziente chirurgico, del sito chirurgico, ...

- certificato di assistenza al parto (CeDAP)
- documentazione anestesiologicala
- consensi
- dichiarazioni di volontà
- verbale operatorio
- altro (ad es. permessi, moduli allegati, ecc.).

### **Trasferimento interno**

- lettera di accompagnamento di trasferimento e raccordo anamnestico/clinico

### **Chiusura del ricovero**

- lettera di dimissione
- SDO
- eventuale referto di riscontro diagnostico

### **Chiusura della cartella clinica**

- lettera di dimissione.

Pur nel rispetto dei requisiti standard, alcuni moduli possono variare nella struttura e nella configurazione a seconda della funzionalità rispetto ad aree specialistiche (ad es. esame obiettivo specialistico).

## **7.1.1 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
- referto di pronto soccorso per i ricoveri da Pronto Soccorso ovvero
- proposta di ricovero per i ricoveri programmati
- documentazione per l'identificazione del paziente
- altra documentazione specifica (ad es. nominativo Medico di Medicina Generale)

Da questi documenti devono essere facilmente rilevabili le generalità del paziente, il motivo del ricovero, il nome del Medico di U.O. referente per la presa in carico del paziente, se l'organizzazione dell'U.O. lo consente.

L'identificazione dell'assistito rappresenta un momento di grande importanza, sia per la sicurezza delle pratiche sanitarie sia per gli adempimenti gestionali connessi ai trattamenti eseguiti, nel rispetto delle norme di legge relative alla tutela dell'anonimato della persona (ad es. L. 135/1990, L. 194/1978, D.M. 349/2001 ecc...)

I dati da rilevare devono soddisfare tutte le informazioni richieste per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera,

**L'assistito è identificato a fronte di documento d'identità da:**

- nome e cognome
- data e luogo di nascita
- sesso
- indirizzo e recapito telefonico

La registrazione del riconoscimento è comprovata dalla **fotocopia di un documento di identità al momento dell'accettazione di ricovero** che deve essere allegata in cartella nella sezione frontespizio, o dal modulo per l'autocertificazione di potestà genitoriale per il paziente minorenni.



Per i cittadini stranieri (paesi extra CEE) si attuano le indicazioni contenute nelle circolari aziendali applicative della normativa vigente in materia.

Questo criterio può non essere soddisfatto nell'immediato solo in caso di accessi in urgenza/emergenza e negli stati di necessità quando non sia dato disporre tempestivamente di dati anagrafici completi.

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. Può essere più o meno estesa in base alla peculiarità del caso. La modulistica relativa all'anamnesi può essere articolata in item predefiniti, piuttosto che a schema libero in base alle peculiarità/esigenze delle U.O. utilizzatrici.

L'evidenziazione di condizioni di allerta (ad es. allergia, reazioni da farmaci, reazioni a trasfusioni) deve essere di immediata evidenza (in caso sia di positività sia di negatività).

Al fine di garantire la continuità della terapia farmacologica ad ogni nuova presa in carico del paziente il medico deve effettuare la riconciliazione farmacologica

La responsabilità della raccolta e della documentazione dell'anamnesi è del medico di reparto - che compila l'apposito modulo con indicazione di data, ora e firma o sigla.

E' importante riportare se l'anamnesi viene raccolta direttamente dal paziente o dai familiari 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, peraltro, non è circoscritto al solo momento iniziale, ma deve essere ripetuto ogni qualvolta le variare condizioni cliniche dell'assistito lo richiedano.

La modulistica prevede:

- format generale - valido per tutte le unità operative
- format specifico e funzionale alle occorrenze peculiari di area.

In caso di trasferimento interno ad altra U.O., il medico dell'U.O. di destinazione avrà cura di ricordare 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.

## 7.1.2 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;
- le informazioni relative alla terapia trasfusionale possono essere registrate, purché complete, sul diario clinico, vedi procedura aziendale P-090-AZ Procedura per la trasfusione del sangue e degli emoderivati ;
- quando si fa riferimento a **protocolli, procedure, linee guida** non applicati di routine occorre specificarne il riferimento.

### **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 delle funzioni vitali, drenaggi, peso corporeo ed altri parametri riguardanti la persona assistita.

### **Scheda 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).

## **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.

## **Richiesta di indagini ed esami**

Allo stato attuale la richiesta delle principali prestazioni diagnostiche (di laboratorio, radiologiche, cito-istologiche, 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 citopatologia, ecc.) e delle consulenze prodotti durante il ricovero e nella fase pre-ricovero (ad es. referti di esami o eventuali valutazioni pre-operatorie) 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 scritta in cartella e firmata dal consulente

## **Verbale Operatorio**

Il **verbale operatorio**, da compilarsi per ogni singolo intervento chirurgico, è un "atto pubblico" che costituisce parte integrante e rilevante 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.

Per la corretta compilazione del verbale operatorio occorre siano sempre presenti i seguenti requisiti minimi:

- identificazione del paziente e codice nosografico
- data, ora di inizio ed ora di fine dell'atto operatorio
- indicazione del ruolo e dei nomi degli operatori dell'intera equipe (compresi eventuali professionisti in formazione) che hanno partecipato direttamente all'intervento (segnalando l'ora di entrata e uscita dei professionisti non presenti per l'intero intervento)
- diagnosi finale e denominazione della procedura chirurgica eseguita
- tipo di anestesia utilizzata e nome dei professionisti che l'hanno effettuata
- descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura chirurgica attuata
- registrazione di eventuali dispositivi o materiali biologici (tessuti, organi) impiantati

- annotazione delle eventuali indagini diagnostiche eseguite nel corso dell'intervento
- codifica delle procedure eseguite, anche in funzione della compilazione della SDO
- descrizione delle parti corporee e campioni biologici eventualmente prelevati e degli esami istocitopatologici richiesti
- attestazione del conteggio di garze/tamponi/strumenti
- firma del primo operatore

Qualora vi sia partecipazione all'intervento di più equipe chirurgiche, è necessario definire la sfera di responsabilità di ciascuna, provvedendo ad annotare nel verbale operatorio i dati utili a individuare la partecipazione di professionisti non appartenenti all'unità operativa che ha in carico il paziente.

Le indicazioni sopra richiamate possono essere estese ad altri trattamenti interventistici, ad esempio in ambito endoscopico, radiologico, cardiologico.

### **Conservazione del Verbale operatorio e responsabilità**

- Il verbale operatorio va stampato in due copie che andranno entrambe firmate dal primo operatore: una copia deve essere inserita in cartella clinica e l'altra inclusa nel registro operatorio.
- Il Direttore di U.O. individua e comunica formalmente a tutto il personale interessato le specifiche modalità di conservazione del registro operatorio per evitare rischi di distruzione o perdite anche accidentali.

### **Correzioni del verbale operatorio**

Nel caso in cui occorra apportare eventuali **correzioni** ci si deve attenere alla normativa vigente relativa alla rettifica degli atti pubblici di fede privilegiata.

### **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.

Quanto occorso durante l'anestesia si traduce in apposita registrazione, cronologicamente definita, comprendente, oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero:

- dati sull'intervento e sull'equipe chirurgica
- tipo di anestesia utilizzato
- 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
- segnalazione degli accessi vascolari e di altri mezzi invasivi presenti e il loro stato

Le indicazioni postoperatorie comprendono:

- le condizioni (respiratorie, cardiocircolatorie, neurologiche) del paziente al termine dell'intervento

- il tipo di sorveglianza necessaria (compreso il livello di intensità di cura, se non precedentemente identificato nella fase preoperatoria)
- gli esami di controllo necessari la sintesi delle terapie in corso

La prescrizione terapeutica post-chirurgica, compresa la terapia antalgica post-operatoria, è registrata dall'anestesista ( nell'apposita scheda anestesiologicala )

### **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.

È perciò norma annotare il consenso del paziente al trattamento dei dati personali in ambito sanitario e alle modalità di comunicazione sul suo stato di salute ad altre persone in conformità a quanto definito nel

- DOC-061-AZ linee guida inerenti all'applicazione del D.LGS. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali -codice di privacy
- DOC-062-AZ Sintesi normativa e procedure per il rispetto della Privacy nel trattamento dei dati IT ( information technology)
- DOC-063-AZ Sintesi normativa e procedure per il rispetto della privacy

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

Deve esistere evidenza che l'assistito o il suo rappresentante legale abbiano dato il consenso/dissenso informato scritto nei casi previsti dalla Procedura aziendale P-244-AZ rev 1 del 16/05/2005 Procedura per l'informazione e l'acquisizione e il consenso informato compresa la esplicitazione del motivo per cui il consenso informato non sia stato ottenuto.

Le modalità, le responsabilità ed i tempi per fornire e raccogliere il consenso/dissenso informato del paziente sono definite nella procedura.

### **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
- documenti relativi a prelievo o impianto di tessuti o organi

### 7.1.3 Trasferimento interno

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.

#### 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 significative eseguite (anche 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 dal medico di reparto.

Il momento del trasferimento coincide con il passaggio della presa in carico del/la 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.

### 7.1.4 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 del medico curante
- 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 ed i recapiti telefonici con orari dedicati ai contatti con l'esterno a cui fare riferimento. La terapia farmacologica prescritta deve riportare:

- il medicinale come principio attivo/denominazione medicinale (Circolare RER n.34623/2000) dosaggio, forma farmaceutica e tipologia di confezionamento (es. una confezione da 10 cpr 10 mg)
- la forma farmaceutica (cp, buste, fiale im/ev, soluzioni per os, ecc),
- la posologia riferita ai modi e ai tempi di somministrazione e la durata prevista del trattamento (es. numero giorni per EBPM e altri farmaci quali antibiotici ,trattamento cronico)
- la classe di appartenenza del farmaco al Servizio Sanitario Nazionale
- l'eventuale Nota AIFA a cui il medicinale è soggetto e la relativa conformità
- salvo diversa esplicita dichiarazione, si intende autorizzata l'erogazione del medicinale presente nel Prontuario dell'Azienda Ospedaliera, a parità di principio attivo, dosaggio e forma farmaceutica.

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 limitatamente a 30 giorni di trattamento in caso di terapie croniche/prolungate, in caso di terapie a breve termine fino al completamento del ciclo terapeutico ( comunque entro il massimo di 30 giorni di trattamento ).

Per l'erogazione il paziente dovrà esibire la lettera di dimissione (entro 72 ore dalla dimissione) timbrata e firmata dal Medico di Reparto.

I farmaci oppioidi collocati nella tabella II sez. D per la terapia del dolore (legge 38/2010) saranno erogati , per una quantità massima di 30 giorni, dietro presentazione della prescrizione in originale ( lettera di dimissione/modulo prescrittivo), timbrata e firmata dal medico prescrittore, che verrà trattenuta dalla farmacia secondo la norma attualmente vigente (all'assistito verrà fornita comunque copia della stessa).

I Farmaci compresi nel Prontuario Distribuzione Diretta ma non oggetto di erogazione dal servizio di farmacia sono :

- i farmaci di classe C,
- i farmaci stupefacenti Tab.II sez. A,B e C legge 49/2006 ,soggetti a registro di carico-scarico.
- i farmaci non presenti in Prontuario Ospedaliero,
- i farmaci soggetti a nota AIFA ma non rientranti nelle condizioni previste dalla Nota AIFA stessa .

La lettera di dimissione viene consegnata in busta al/la paziente o a suo delegato al momento della dimissione; una copia firmata deve sempre essere conservata nella cartella clinica.

Se **non è possibile formulare una diagnosi definitiva al momento della dimissione** (ad es. esame istologico non pervenuto o necessità di eseguire accertamenti diagnostici in

proseguimento di iter diagnostico) è redatta la lettera di dimissione provvisoria da confermare o da aggiornare alla chiusura della cartella clinica sulla base degli accertamenti diagnostici effettuati e dei relativi referti eventualmente pervenuti dopo la dimissione del/la paziente - e che deve contenere almeno:

- procedure eseguite
- sintesi degli eventi più significativi occorsi durante l'ospedalizzazione
- terapia consigliata
- condizioni al momento della dimissione
- informazioni all'assistito sulle modalità, di esecuzione delle indagini da eseguire in proseguimento di iter diagnostico
- informazioni all'assistito sulle modalità e tempi di ritiro della documentazione definitiva

### 7.1.5 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 tale decisione in cartella clinica

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

La chiusura della cartella clinica coincide con la constatazione della completezza del fascicolo.

Ogni cartella, identificando in modo univoco un ricovero, è aperta al momento dell'accettazione dell'assistito e **chiusa entro 30 giorni dalla dimissione**.

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 e della riformulazione o conferma della lettera provvisoria.

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 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 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 Coordinatore, 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

### **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)**

Ai sensi dell'articolo 1 del DM 28 dicembre 1991, la scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) costituisce "parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale".

I dati amministrativi e sanitari registrati sulla SDO vengono gestiti in base a procedure informatizzate che permettono a qualsiasi reparto di degenza (ricovero ordinario e/o ricovero diurno) di creare una posizione di ricovero contraddistinta da un numero identificativo univoco; spetta al reparto che accoglie il paziente, Pronto Soccorso compreso, stampare la SDO associata a tale identificativo univoco, che accompagnerà il paziente durante l'intero tragitto di ricovero.

Concorrono alla compilazione della SDO i medici delle diverse unità operative attraversate dal paziente durante il percorso del ricovero, mentre compete al medico dimettente effettuare la sintesi delle informazioni registrate e definire la diagnosi principale di dimissione, che si identifica con quella che ha determinato il maggiore assorbimento di risorse.

L'Ufficio Dimissioni Ospedaliere collabora, su richiesta, a tale processo mentre, autonomamente, attiva controlli di congruenza tra la cartella clinica e la SDO e procede alla registrazione a terminale dei dati.

## **7.2 Responsabilità di compilazione della Cartella Clinica**

### **Chi può compilare la cartella**

Hanno titolo a redigere la cartella clinica esclusivamente i professionisti sanitari che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni in favore dello stesso.

**I medici in formazione specialistica**, le cui responsabilità relativamente alle attività assistenziali sono definite nell'Accordo attuativo locale fra l'Azienda e l'Università di Ferrara in attuazione del Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia sottoscritto fra la Regione e le Università dell'Emilia Romagna, nell'ambito del piano formativo individuale stabilito dal Consiglio della Scuola, in base al grado di autonomia raggiunta. Qualsiasi compilazione deve essere controfirmata dal medico strutturato presente.

**I medici frequentatori** non possono agire sul contenuto della cartella, possono invece accedere alla stessa ai fini di consultazione e di ricerca.

Gli **studenti dei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina** e Chirurgia in convenzione possono accedere alla cartella ai fini di consultazione e ricerca; per altre attività si fa riferimento a specifici regolamenti applicativi.

Il **personale amministrativo** oltre alla possibilità di registrare dati amministrativi, può inserire nella cartella non ancora chiusa e con paziente dimesso referti o altra documentazione purché preventivamente visti dal medico responsabile, effettuare la registrazione di carico/scarico della cartella, essere incaricato di consegnarla all'Ufficio Dimissioni Ospedaliere, di depositarla nell'archivio di reparto o di consegnare la stessa all'archivio di deposito.

### 7.3 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. L'attribuzione di responsabilità di seguito descritta fa riferimento all'assetto organizzativo esistente presso l'attuale sede dell'Arcispedale S. Anna.

SEDE DI CONSERVAZIONE	RESPONSABILE Custodia – Archiviazione – Movimentazione
U.O. / locale assegnato per il deposito alla U.O.	Direttore U.O. o persona da lui delegata
Esternalizzazione servizio	Ditta Appaltatrice.

#### Movimentazione delle Cartelle Cliniche per rilascio di copia o per consultazione

Dal momento del completamento della Cartella clinica a seguito della dimissione del paziente, ai fini di una corretta movimentazione il **Responsabile di U.O.** deve impartire specifiche Istruzioni Operative in relazione alla provenienza della richiesta di rilascio o di consultazione della documentazione clinica.

Gli **aventi diritto** cui è riservato il rilascio della documentazione sanitaria sono individuati nel Regolamento aziendale per il rilascio di copia di documenti sanitari. Il Personale sanitario ospedaliero per fini statistici, epidemiologici e scientifici può chiedere la consultazione di cartelle cliniche nel rispetto della riservatezza e dell'anonimato dell'interessato.

ESIGENZA DI MOVIMENTAZIONE	PROVENIENZA DELLA RICHIESTA	MODALITA' DI GESTIONE
<b>Esigenze assistenziali</b> connesse a successivi ricoveri o prestazioni ambulatoriali	Consultazione o Rilascio copia: - stessa U.O - altra U.O dell'Azienda	Il personale sanitario interessato ad esaminare la documentazione clinica potrà essere autorizzato alla consultazione dal <b>Responsabile di U.O.</b> su specifica <b>richiesta scritta.</b>
<b>Esigenze didattiche o di ricerca</b>	Consultazione o Rilascio copia: - stessa U.O - altra U.O dell'Azienda	Il personale sanitario interessato ad esaminare la documentazione clinica per motivi di ricerca e di studio potrà essere autorizzato alla consultazione dal <b>Responsabile di U.O.</b> su specifica <b>richiesta scritta.</b>
<b>Esigenze di servizio</b>	Consultazione o Rilascio copia: - Direzione Medica di Presidio - Ufficio Legale Rilascio copia autenticata: - Altre Strutture Sanitarie - Strutture aventi titolo - Autorità Giudiziaria	Per esigenze di servizio. La <b>richiesta scritta</b> dovrà essere effettuata <b>su carta intestata indicando</b> il motivo della richiesta. A seguito di richiesta scritta su carta intestata da parte dell'Autorità Giudiziaria dovrà essere rilasciata <b>copia autenticata</b> della cartella clinica od altra documentazione clinica ai sensi dell'art. 256 del nuovo c.p.p. o consegnata anche la <b>documentazione in originale</b> se così è disposto.

<p><b>Esigenze di servizio da parte dell'Ufficio Cartelle Cliniche</b></p>	<p>Rilascio copie a: - Utenti</p>	<p><b>"Regolamento per il rilascio di copia di documenti sanitari"</b> (Del. aziendale n. 156 del 15.07.2009): la <b>modulistica</b> è disponibile sul sito aziendale (<a href="http://ospfe.it">http://ospfe.it</a>) e presso il Centro Servizi (C.S.A.) al quale va presentata la richiesta; viene data la possibilità di <b>ritirare la documentazione</b> presso il Centro Servizi o di riceverla tramite servizio postale. Il rilascio è subordinato al <b>pagamento</b> delle spese di fotocopiatura della cartella clinica nonché alle spese di spedizione qualora la stessa venga inviata mediante plico postale. I <b>tempi d'attesa</b> stabiliti dall'Amministrazione per il rilascio della copia della cartella sono, in via ordinaria, di <b>30 giorni</b> dalla richiesta o dalla chiusura della cartella; <b>5 giorni</b> lavorativi nei casi di urgenza.</p>
<p><b>Esigenze di servizio Ufficio Dimissioni</b></p>	<p>Controlli delle SDO previsti dalle norme vigenti</p>	<p><b>Richiesta scritta ai Responsabili di U.O.</b></p>

**In caso di smarrimento di Cartella Clinica** prima della consegna all'Archivio esternalizzato 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.

## 7.4 Verifica della completezza della Cartella Clinica

In ottemperanza alle disposizioni impartite dalla Regione Emilia Romagna con DGR n. 1706/2009, si prevede che a **cadenza trimestrale**:

- si effettui la verifica della corretta tenuta e conservazione almeno del 5% delle cartelle relative ai ricoveri in regime ordinario e a ciclo diurno prodotti da ciascuna UO;
- il campione delle cartelle da verificare sia estratto in maniera casuale dall'Ufficio Statistica Sanitaria;
- si promuovano audit tra pari a livello dei Dipartimenti, ferma restando la supervisione complessiva dell'attività di verifica a cura della Direzione Medica;
- l'Ufficio Dimissioni Ospedaliere - Settore Qualità SDO, coordini il processo per lo svolgimento delle verifiche suddette e per la comunicazione dei risultati delle medesime.

Per assicurare che le verifiche siano condotte nel modo più riproducibile e obiettivo possibile si utilizza una scheda diretta a valutare l'accuratezza e la completezza della compilazione della cartella, con particolare riguardo agli item indicati nell'allegato 3 della DGR n. 1706/2009.

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 Dipartimento e di Unità Operativa, con la supervisione della Direzione Medica.

## **7.5 Verifica della corretta compilazione della SDO**

L'espletamento dei controlli interni obbligatori ricade sotto la responsabilità dell'Ufficio Dimissioni Ospedaliere che si avvale, per lo svolgimento di tale funzione, della collaborazione della Statistica Sanitaria (per l'identificazione della casistica da sottoporre a verifica) e dei referenti medici per la SDO nominati da ciascuna Unità Operativa.

La valutazione della corretta compilazione della SDO e della congruenza con la cartella clinica, rientrante nelle attività previste dall'art. 79 della legge 133/2008, è condotta dall'Ufficio Dimissioni Ospedaliere in collaborazione con i referenti medici per la SDO nominati da ciascuna Unità Operativa. I verbali contenenti le osservazioni e le modifiche proposte e concordate sono conservati presso l'Ufficio Dimissioni Ospedaliere e sintetizzati in un apposito verbale sottoscritto dal referente SDO e dal controllore, ed inviato per debita conoscenza al Direttore del Dipartimento, al Direttore dell'Unità Operativa ed al Nucleo di Valutazione.

I dati raccolti attraverso le verifiche costituiscono la base per le azioni di miglioramento e per le valutazioni di risultato e di posizione, come previsto dalle direttive regionali.

## **8. Parametri di controllo**

Numero di cartelle controllate / Numero dimissioni annue (>5%)

Numero di UU.OO. cui è stato inviato il report di controllo con evtl. margini di miglioramento / totale UU.OO.