

# **LA DOCUMENTAZIONE CLINICA OSPEDALIERA: ASPETTI GENERALI E REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO**

**Dr. F. Boraso, Dr.ssa P. Morelli**

**Convegno “La cartella Clinica:  
strumento di buona pratica clinica”  
Novi Ligure 10 Novembre 2011**



**“Tutti ne parlano, tutti la odiano,  
quasi tutti la sottovalutano, ben  
pochi però ne conoscono la reale  
importanza, pochissimi le  
dedicano il tempo necessario”**

*V. Mallardi Cattedra ORL Università delle Marche*

**Possiamo considerare Ippocrate come “l’inventore” di quella che poteva avere una parvenza di cartella clinica.**



**Ippocrate osservò che, per una buona riuscita delle cure, fosse necessario osservare razionalmente i pazienti, annotarne i sintomi riferiti e rilevati, le deduzioni in termini di diagnosi e le cure prescritte**

## Da Ippocrate al 2011 ... è attuale un incontro sulla cartella clinica?

**Presupposti per considerare un tema “ATTUALE”**

**RECENTI PROGRESSI SCIENTIFICI**

**NUOVA NORMATIVA**

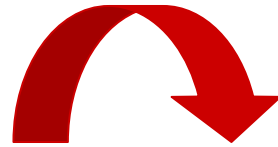
**RECENTI PROGRESSI SCIENTIFICI  
IMPLEMENTAZIONE  
DI PROTOCOLLI OPERATIVI INNOVATIVI**

## SE QUESTI SONO I PESUPPOSTI



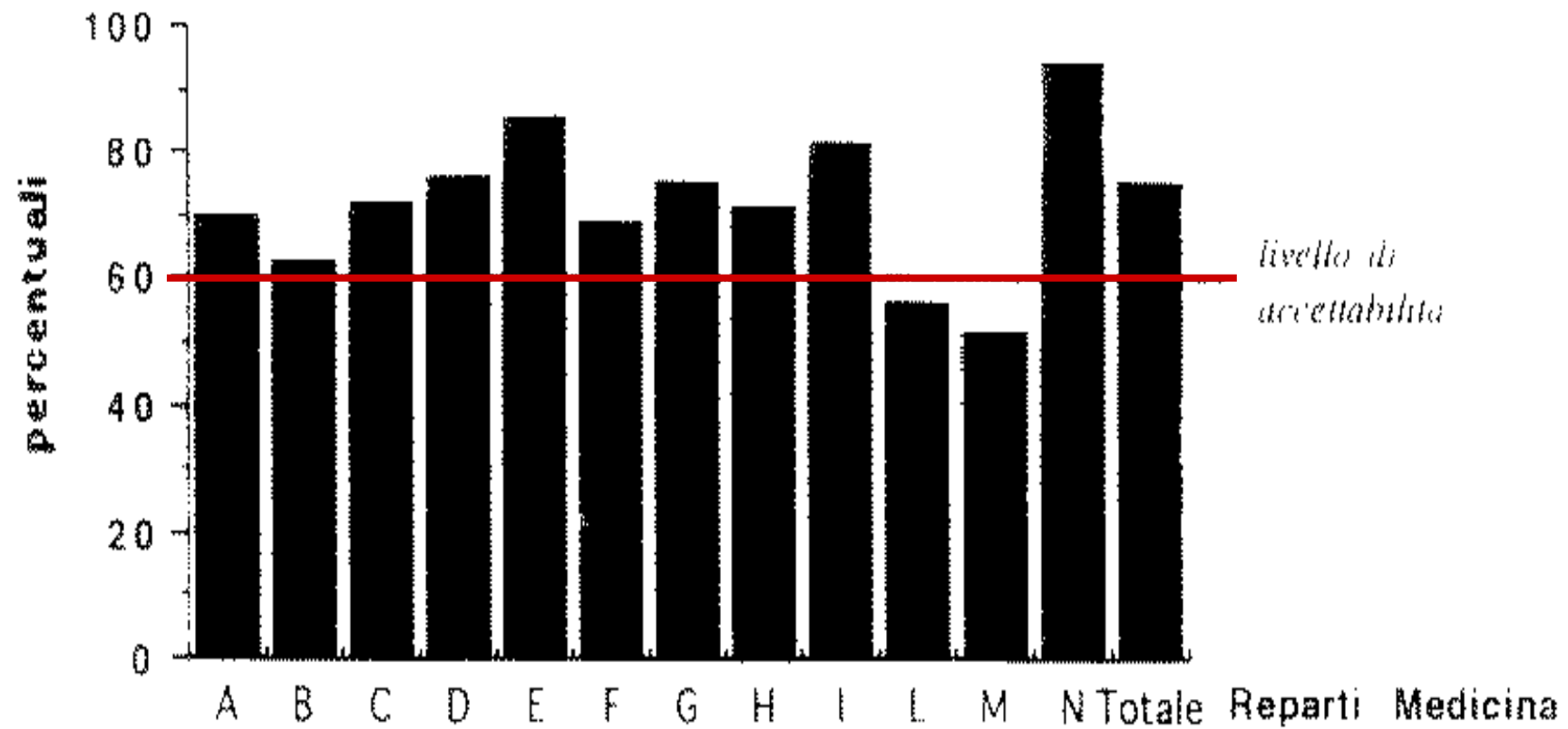
SI DOVREBBE RITENERE CHE IL TEMA NON È ATTUALE  
VISTO CHE

- LA LEGISLAZIONE È FERMA DA ANNI
- NON SONO PREVISTE A BREVE SOSTANZIALI  
MODIFICHE OPERATIVE
- NON VI SONO RICERCHE SCIENTIFICHE “RILEVANTI”  
CHE TRATTINO L’ARGOMENTO

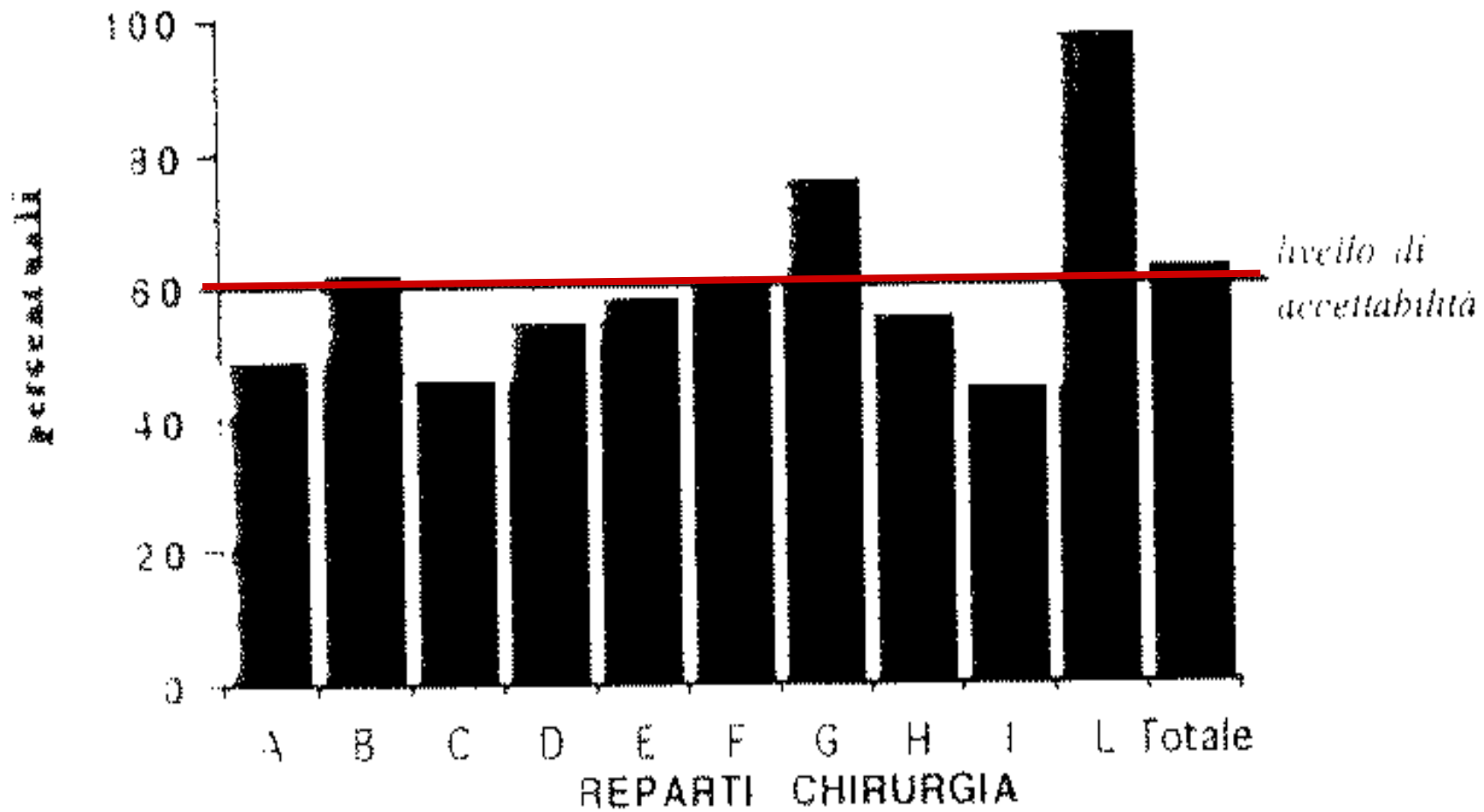


Le uniche REALI “INNOVAZIONI” sono da considerarsi:

- NELL’AMBITO DEI SISTEMI DI GESTIONE QUALITA’, DIVENTATI COGENTI PER ALCUNE REGIONI (es Joint Commission)
- IN AMBITO GIURISPRUDENZIALE



F. Di Stanislao, f. Boraso et. al. VALUTAZIONE DI QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA, 1991



F. Di Stanislao, F. Boraso et. al. VALUTAZIONE DI QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA, 1991

## COMMENTO E CONCLUSIONI

Per quanto riguarda i risultati dello studio emerge che la qualità della cartella clinica, al pari delle osservazioni riportate da altri autori italiani ( ), è risultata globalmente piuttosto scadente, specialmente per quanto riguarda i reparti chirurgici.

F. Di Stanislao, F. Boraso et. al. VALUTAZIONE DI QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA, 1991

**La cartella clinica è il primo strumento di approccio per il medico e il non medico che si dovessero trovare ad analizzare, per motivi diversi, la prestazione sanitaria resa ad un paziente**

**“Va da se che il primo elemento che questi soggetti si aspetterebbero di poter trovare nella lettura della cartella è, appunto,.... la possibilità di leggerla!”**

***Caterina Apostoliti - Magistrato V Sez. Civile – Tribunale di Milano***



# ALCUNE DEFINIZIONI - 1

«The medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization» (American Hospital Medical Record Association).

la cartella clinica costituisce un atto pubblico di fede privilegiata con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso...  
(Corte di Cassazione 27/9/99 n°10695)

«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).

## ALCUNE DEFINIZIONI - 2

**Il codice di deontologia medica** del dicembre 2006, all'art. 26, in tema di cartella clinica si esprime nei seguenti termini: *«La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico terapeutiche praticate.»*



# **FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA**

*La cartella clinica offre numerose possibilità di utilizzo, ma la funzione fondamentale rimane quella di rappresentare una*



*Testimonianza delle decisioni assunte per la tutela della salute del paziente*

# 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

Tracciare le attività svolte, per permettere di risalire (rintracciabilità) a:

- responsabili
- cronologia
- modalità di esecuzione

**AIUTA L'OPERATORE SANITARIO NELLA ATTIVITA'  
E FACILITA L'INTEGRAZIONE OPERATIVA DEI  
DIVERSI PROFESSIONISTI**

# **FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA**

**Fornire l'evidenza documentale del decorso e della gestione di ogni degenza ospedaliera**

**Costituire una fonte di dati per:**

- studi scientifici e ricerche cliniche
- attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari
- valutazioni dell'attività assistenziale
- esigenze amministrative, gestionali, legali

**consentire la tutela degli interessi  
legali  
del paziente,  
dell'ospedale  
degli operatori sanitari**

# CHI PUO' AGIRE SULLA CARTELLA

## CHI PUO' AGIRE SULLA CARTELLA

### REDAZIONE

#### Hanno titolo a redigere documenti di cartella:

- **i professionisti sanitari** es. medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche ecc.
- **ulteriori figure** es. assistenti sociali, personale amministrativo, operatori di supporto, ecc., compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente e da discipline regolamentari interne alle strutture di ricovero, che pongano in essere attività connesse con il paziente;
- **personale in formazione**, se - ed entro il limite - consentito dalla disciplina di settore.

## CHI PUO' AGIRE SULLA CARTELLA

### CONSULTAZIONE

Il termine consultazione è qui inteso nell'accezione di presa di conoscenza di elementi di contenuto della cartella per finalità di:

- tutela della salute dell'assistito (curante, consulente, ecc);
- formazione;
- verifiche interne o esterne (qualità, natura contabile, giudiziaria, ecc.)

**La consultazione di documenti contenenti dati sensibili deve avvenire nel rigoroso rispetto del principio di indispensabilità, come sancito dal DLgs 196/2003.**

# REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

## **REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO**

- 1. TRACCIABILITA'**
- 2. CHIAREZZA**
- 3. ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA**
- 4. VERIDICITA'**
- 5. ATTUALITA'**
- 6. PERTINENZA**
- 7. COMPLETEZZA**

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 1. TRACCIABILITA'

**TRACCIABILITA'**: consiste nel tenere traccia di dati inerenti ad atti compiuti, decisioni adottate, fatti riscontrati

**RINTRACCIABILITA'**: rappresenta la possibilità di conoscere quanto accaduto, anche a distanza di tempo, ricostruendo le attività e risalendo agli esecutori.

E' pertanto necessario impiegare mezzi di registrazione ragionevolmente indelebili, con inchiostro di colore blu scuro o nero, in quanto meglio leggibili nelle copie fotostatiche.

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 1. TRACCIABILITA'

Alla tracciabilità si ricollega quel principio di **certezza documentale**, reiteratamente richiamato dalla Corte di Cassazione, in occasione di censure espresse **riguardo ad aggiunte o correzioni di scritte di cartella**, ancorché apposte per fornire ulteriori elementi di conoscenza o per ristabilire la verità.

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 1. TRACCIABILITA'

Per le attività stimate meritevoli di traccia, si provvederà all'annotazione di:  
**data e preferibilmente ora/minuti** (specie per prestazioni effettuate in emergenza e per procedure invasive)  
**identità degli autori**, con loro denominazione chiaramente leggibile (anche mediante timbro), firma o sigla

# DIARIO CLINICO

Pag. ....



2004024475

| DATA    | ORA   |                                                                                                                                                                                                   |
|---------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4/6/04  | 8.00  | Paziente insensibile da fuori lesioni, entra in reparto per sospetto lesione oculare. (B) cont. in reparto                                                                                        |
| 4/6/04  |       | Lesione (Lesione oculare) - <i>[Signature]</i><br><i>[Stamp: Dr. Mario Sordani Resp. Ambul. in Oftalmologia]</i>                                                                                  |
| 4/6/04  | 18.00 | S. nuova - Fede e oculi, denegare i dati                                                                                                                                                          |
| 5/06/04 |       | Nice dolce - Fede polipetale<br>Speranza 2+, speranza 1+<br>Rapella temperata CA (-) Cornea (-)<br>FO demografica nella cornea, con<br>polipetale e speranza vocale (-)<br><i>[Signature]</i>     |
| 6/6/04  | 12.00 | S. nuova - S. nuovo e denegare Fede e<br>oculi e denegare polipetale e in ob. Walsworth<br>Pupille usate.<br><i>[Signature]</i><br><i>[Stamp: Dr. Mario Sordani Resp. Ambul. in Oftalmologia]</i> |
| 7/6/04  | 8.30  | S. nuova Fede e oculi Decorso oculare<br>Di nuovo<br><i>[Signature]</i><br><i>[Stamp: Dr. Mario Sordani Resp. Ambul. in Oftalmologia]</i>                                                         |

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 1. TRACCIABILITA'

**Riguardo agli atti pubblici, ogni modifica soggiace alla disciplina 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»**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE**

| DATA | DIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                 | TERAPIA |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|      | con i medici che<br>il fango non si è dissolto<br>e usò oss. e visto dal<br>Dr Balbo. Da qui ho me-<br>fior voluto per sulle<br>necessità di <del>che</del> clistere<br>emendato in punto il<br>per cui evitavo da dannare<br>me al movimento riferito<br>il clistere. |         |
|      | (P) Continua la terapia con<br>acridolimi a 2 litri/min.<br>Domani volute x emetere<br>clistere di pulizia<br>Non per emato.                                                                                                                                           |         |
| 20.7 | Stomaco - <del>Alimento</del><br><del>Alimento</del><br>Stomaco chiude x distin se<br>pulizia come da consiglio sopra<br>la 6:20 per decantando si avvisano<br>i poteri.                                                                                               |         |

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 2. CHIAREZZA

**La chiarezza riguarda sia la grafia sia l'esposizione.**  
**Testo facilmente leggibile senza ingenerare incertezze.**  
**Esposizione non deve dare adito a interpretazioni**  
**difformi.**  
**L'uso di sigle è possibile purché conformi a standard**  
**nazionali, internazionali o ufficialmente approvati**  
**dall'ospedale.**

ESAME OBIETTIVO

SISTEMA NERVOSO E STATO DI COSCIENZA

1/2000

APPARATO RESPIRATORIO

1/2000

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

1/2000

ADDOME

1/2000

ESAME OBIETTIVO

1/2000

data.....

FIRMA.....

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 3. ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA

Per un documento che deve dar conto di quanto avvenuto nel corso di un ricovero, è particolarmente importante registrare il percorso di accertamento seguito, a partire dall'ipotesi diagnostica ed enunciare diligentemente i vari passaggi dell'iter clinico-assistenziale.

**Contrariamente a diffusa opinione, secondo la quale meno si scrive e meno ci si compromette, la Corte di Cassazione ha in più occasioni affermato che una imperfetta compilazione di cartella clinica costituisce inadempimento di un'obbligazione strumentale.**

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 4. VERIDICITA'

**Dati riguardanti elementi oggettivi (segni clinici, indici biologici, attività eseguite ecc.) devono essere riportati secondo verità.**

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 5. ATTUALITA'

**Gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato seguito.**

**Non può sfuggire la rilevanza che tale requisito assume per la sicurezza del paziente; solo una tempestiva disponibilità di informazioni può permettere, in correlazione con le effettive condizioni dell'assistito, di assumere decisioni appropriate.**

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 6. PERTINENZA

**art. 11 del DLgs 196/2003 – Codice della privacy –**  
**I dati riportati in documentazione sanitaria, devono**  
**essere “pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle**  
**finalità per le quali sono raccolti o successivamente**  
**trattati”.**

***I dati raccolti hanno a che vedere con la condizione CLINICA del  
paziente?***

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 7. COMPLETEZZA

Cartella clinica laconica e carente



Possibile mezzo accusatorio

Cartella clinica completa e ordinata



Efficace mezzo di difesa contro contestazioni infondate

L'assunto per cui “**MENO SI SCRIVE E MENO SI SBAGLIA**” è ormai da considerarsi obsoleto e **CONTROPRODUCENTE**.

È invece opportuno annotare ogni fatto rilevante ed esplicitare puntualmente le motivazioni degli atti compiuti

## REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

### 7. COMPLETEZZA

**La cartella clinica è completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri.**

**La completezza può coincidere con la chiusura del ricovero ma non necessariamente, allorché referti di indagini eseguite in corso di degenza pervengano solo in un tempo successivo alla dimissione.**

# **ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA – REQUISITI DI STRUTTURA**

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Non esiste una norma che definisca espressamente come debba essere “costruita” una Cartella Clinica.

La struttura della Cartella Clinica deve potersi adattare alle caratteristiche dei Pazienti.

però...

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

...

ESISTONO DEI REQUISITI  
MINIMI DI STRUTTURA

# **ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA**

- 1. FRONTESPIZIO E IDENTIFICAZIONE**
- 2. PROPOSTA DI RICOVERO E VERBALE DI ACCETTAZIONE**
- 3. INQUADRAMENTO CLINICO INIZIALE**
- 4. ANAMNESI**
- 5. ESAME OBIETTIVO**
- 6. DIARIO CLINICO**
- 7. SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE**
- 8. FOGLIO UNICO DI TERAPIA**
- 9. SCHEDA NUTRIZIONALE**
- 10. RILEVAZIONI PARAMETRI VITALI**
- 11. PRESCRIZIONI E RICHIESTE DI TRATTAMENTI/CONSULENZE**
- 12. REFERTI**
- 13. VERBALE OPERATORIO**
- 14. DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA**
- 15. CONSENSO INFORMATO**
- 16. LETTERA DI DIMISSIONE**
- 17. SDO/CHIUSURA DELLA CARTELLA**

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 1. FRONTESPIZIO E IDENTIFICAZIONE

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.

I dati da rilevare devono rispondere alle occorrenze di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 2. PROPOSTA DI RICOVERO E VERBALE DI ACCETTAZIONE

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 3. INQUADRAMENTO CLINICO INIZIALE

Deve tendere a identificare, in modo chiaro e dettagliato, i problemi diagnostici, terapeutici, assistenziali in atto e le ragioni del ricovero, in vista della predisposizione di un progetto di cure idoneo per l'assistito.

**Ne deriva l'esigenza di una sua attuazione quanto più possibile tempestiva, con immediato o ravvicinato seguito documentale.**

Copyright 2005 by Randy Glasbergen.  
[www.glasbergen.com](http://www.glasbergen.com)



**“I already diagnosed myself on the Internet.  
I’m only here for a second opinion.”**

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 4. ANAMNESI

**Componente di rilievo dell'inquadramento iniziale**

**L'anamnesi può essere più o meno estesa in base alle peculiarità del caso, avendo pur sempre riguardo all'esigenza di una **ricognizione accurata e pertinente****

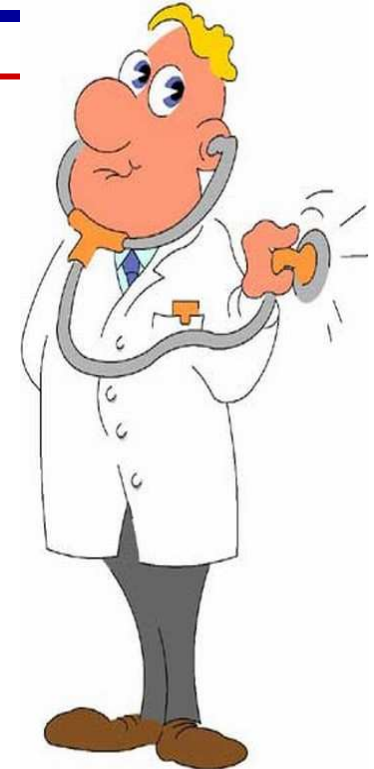


# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 5. ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo costituisce anch'esso parte della valutazione d'ingresso e deve essere 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; esso deve essere ripetuto ogni qualvolta le variate condizioni cliniche dell'assistito lo richiedano.**



ESAME OBIETTIVO

CAPO

CAVITA' BOCCALE

CUTE, SCLERE E MUCOSE

LINFONODI

MAMMELLE

GENITALI ESTERNI

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

APPARATO RESPIRATORIO

SISTEMA NERVOSO E STATO DI COSCIENZA

ADDOME

ESPLORAZIONE RETTALE

TRONCO

ARTI

ESPLORAZIONE VAGINALE

DALLA CARTELLA CLINICA (ARCHIVIATA)  
DEL PAZIENTE XY, RICOVERATO IN DATA  
22/6/2010

"PAGINA 5 DI 75"

data.....

FIRMA.....

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 6. DIARIO CLINICO

Ha l'obiettivo di documentare tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione dello stato di salute del paziente

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.

**Si raccomanda che avvenga almeno una valutazione dell'assistito per ogni giorno di degenza.**

**Ogni registrazione di diario deve essere corredata di data e ora, il redattore deve essere sempre identificabile.**

21.3.50

**◆ ◆ ◆ ◆ ◆**

**COGNOME E NOME**

| DATA   | P. | P.A.    | DIARIO GIORNALIERO                                                      | RICHIESTE          |
|--------|----|---------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 2-4-10 |    | 100/90  | Ca <sup>2+</sup> 100% in a.s.                                           |                    |
|        |    |         | Alvo parzialmente regolato                                              |                    |
| 3-4-10 |    |         | Ridotte le sverole<br>chi per l'urto<br>con il sangue<br>di. Disordini. | es. anacoduniz     |
|        |    |         | (4-7 volte 24 ore)                                                      |                    |
| 6-4-10 |    | 130/90  | Due sverole di fem.<br>parzialmente fornite.                            |                    |
| 7-4-10 |    | 135/85  | K <sup>+</sup> 2.38 mEq/L - Alvo<br>parzialmente regolare               | elettroliti urgent |
| 8-4    |    |         | Crispers Delaporde                                                      | elettroliti        |
| 9-4    |    | 150/100 | Stimolazione                                                            |                    |
| 12-4   |    | 150/85  | Ridotte le donne<br>R 3.49 il 11.04.                                    |                    |

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 7. SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

**Particolare rilievo deve essere dato nello spazio dedicato ai parametri vitali alla rilevazione del dolore, elemento analizzato e oggetto di importanti indicazioni normative**

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 8. FOGLIO UNICO DI TERAPIA

(cfr. *SCHEDE UNIFICATE DI TERAPIA ASLAL*)

Permette il contenimento degli errori di terapia derivanti da trascrizione.

### REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

- descrizione della terapia: dosaggio, dose, tempi e modalità di somministrazione
- medico prescrittore;
- attestazione di avvenuta somministrazione, con identificazione di chi somministra la terapia o di chi attesta, con motivazione la non avvenuta somministrazione



# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

**9. SCHEDA NUTRIZIONALE**

**10. RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI**

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

**11. PRESCRIZIONI E RICHIESTE DI TRATTAMENTI ESAMI DIAGNOSTICI E  
CONSULENZE**

**12.      REFERTI**

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 13. VERBALE OPERATORIO

In aderenza a quanto disposto dal Ministero della Sanità con nota prot. 900.2/2.7/190 del 14/3/1996, *«il registro operatorio, ossia il verbale di ogni intervento, costituisce parte integrante e rilevante della cartella clinica, nella quale dovrà sempre essere compresa una copia di tale verbale qualunque siano le modalità della sua tenuta».*

Il Consiglio Superiore di Sanità ha ritenuto che *«i requisiti sostanziali siano essenzialmente: la veridicità, la completezza e la chiarezza».*



# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 13. VERBALE OPERATORIO

(cfr. *“COMPILAZIONE E GESTIONE DEI REGISTRI OPERATORI”* PO Novi Ligure)

Gli elementi di contenuto essenziali del verbale sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- dati identificativi del paziente (nome, cognome, data di nascita)
- data, ora di inizio, ora di fine dell'atto operatorio;
- nome del primo operatore e di quanti hanno partecipato direttamente all'intervento
- diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'hanno condotta
- descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata e relativa codifica della procedura;
- sottoscrizione da parte del primo operatore;
- numero del verbale;
- numero identificativo del ricovero;
- unità operativa chirurgica;
- unità operativa di ricovero del paziente;
- codifica delle procedure eseguite, in funzione della compilazione della SDO

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 13. VERBALE OPERATORIO

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

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

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 14. DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA

La documentazione anestesiological racchiude le informazioni relative a:

1. valutazione preoperatoria: deve considerare i problemi ragionevolmente prevedibili a carico del paziente, con assegnazione dello stesso a una classe di rischio e individuare la tecnica anestesiological più appropriata
2. preanestesia
3. conduzione anestesiological
4. valutazione postoperatoria



# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 14. DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA

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

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

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 14. DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA

La **valutazione postoperatoria** dovrebbe indicare:

- le condizioni (respiratorie, cardiocircolatorie, neurologiche) del paziente;
- il tipo di sorveglianza necessaria;
- la segnalazione degli accessi vascolari e di altri mezzi invasivi presenti e il loro stato;
- le terapie in corso e quelle consigliate;
- gli esami di controllo necessari;
- ora/minuti della dimissione dal blocco operatorio o da altro ambiente di intervento e trasferimento all'unità operative di degenza

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 15. CONSENSO INFORMATO

(cfr. *“PROCEDURA OPERATIVA DI GESTIONE DEL  
CONSENSO INFORMATO”*  
ASLAL Gennaio 2011)



Apposita sezione di cartella dovrebbe essere dedicata alla raccolta delle informative sulle prestazioni sanitarie fornite al paziente e delle correlate espressioni di assenso o dissenso dell'assistito, inclusa la decisione di dimissione contro parere medico o l'opposizione a dimissione disposta dal medico. Nella stessa sezione potrebbero trovare altresì collocazione eventuali determinazioni scritte lasciate dal degente nonché i documenti attestanti l'esercizio della legale rappresentanza di terze persone

**OSPEDALE DI [REDACTED]  
DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

**U.O. [REDACTED]**

**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

Tortona, 3/3/11

Paziente Signor [REDACTED]

Io sottoscritto dichiaro di essere stato adeguatamente informato, circa la necessità e la portata dell'intervento chirurgico di [REDACTED]

In particolare, dichiaro di essere stato messo a conoscenza:

- del tipo di intervento.
- delle alternative ad esso offerte dalla moderna scienza medica e delle motivazioni che hanno indotto i sanitari a questa scelta terapeutica,
- dei possibili esiti dell'intervento ed in particolare di quelli che secondo la moderna scienza medica sono considerati postumi accettabili
- delle eventuali complicanze di questo intervento ed in particolare
- del decorso post operatorio

Le suddette informazioni mi sono state fornite dal Dott. [REDACTED]

Su incarico del Responsabile del Reparto, che mi ha esposto quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto in modo esauriente ad ogni mio quesito.

Edotto di quanto sopra, acconsento ad essere sottoposto all'intervento chirurgico proposto.

Firma del Paziente

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 16.LETTERA DI DIMISSIONE O LETTERA DI TRASFERIMENTO INTERNO

La lettera di dimissione è il documento medico che funge da collegamento tra l'ospedale e il medico o l'ambito assistenziale che si prenderà cura del paziente dopo la dimissione.

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 16. LETTERA DI DIMISSIONE O LETTERA DI TRASFERIMENTO INTERNO

Redatta dal medico che ha seguito lo specifico ricovero, essa sintetizza il contenuto dell'intera cartella, con informazioni quali:

- circostanze, motivo del ricovero;
- iter diagnostico-terapeutico e accertamenti significativi;
- modificazioni del quadro clinico, dall'ammissione alla dimissione;
- terapia farmacologica attuata;
- terapia successiva alla dimissione e le istruzioni di follow-up;
- eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e/o sociali;
- suggerimenti su abitudini di vita;
- contatti per il paziente in caso di necessità

Essa deve essere consegnata alla persona assistita o a suo delegato, **al momento della dimissione**; una copia deve essere conservata in cartella clinica.

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 17. SDO E CHIUSURA DELLA CARTELLA

La SDO è **componente**  
**obbligatoria** della cartella clinica

Si evidenzia la **necessità** che la compilazione  
avvenga nel **più breve** tempo possibile **dopo**  
la **dimissione** della persona assistita

In considerazione del rilievo  
**CLINICO ED ECONOMICO DELLA SDO**  
è **necessario** garantirne  
la **veridicità** e la **piena rispondenza** con quanto documentato in cartella

# ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

## 17. SDO E CHIUSURA DELLA CARTELLA

**Nel momento della dimissione del paziente  
deve cessare la compilazione del diario  
clinico e di tutte le registrazioni inerenti a  
fatti connessi alla degenza**

**La chiusura coincide con la constatazione della completezza  
del fascicolo**

**La chiusura va attuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione,  
compatibilmente con il tempo necessario a raccogliere i referti non  
ancora pervenuti e per la compilazione della SDO.  
La chiusura comporta anche l'ordinamento cronologico dei documenti  
costitutivi della cartella, per tipo e cronologia.**

# **DOCUMENTAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI E ALTRI DOCUMENTI DA INSERIRE IN CARTELLA**

## **DOCUMENTAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI**

**Hanno titolo a scrivere in cartella  
tutti i professionisti sanitari che  
intervengano nel percorso di  
ricovero, in rapporto alle decisioni  
assunte e/o alle attività svolte.**

## **DOCUMENTAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI**

CARTELLA INFERMIERISTICA

CARTELLA OSTETRICA

CARTELLA RIABILITATIVA

DOCUMENTAZIONE DI  
ASSISTENTI SOCIALI

PSICOLOGO

DIETISTA

## ALTRA DOCUMENTAZIONE

- Copia dei referti inviati all'Autorità Giudiziaria
- Copia denuncia di malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere
- Copia del riscontro diagnostico in caso di decesso del paziente
- Eventuali comunicazioni al Tribunale dei Minori
- Eventuali comunicazioni del Giudice di sorveglianza nel caso di pazienti provenienti dagli Istituti Carcerari
- TSO

# RESPONSABILITA'

## D.P.R. 128/69

### Art. 5

Il DIRETTORE SANITARIO vigila sull'archivio delle cartelle cliniche

### Art. 7

Il PRIMARIO è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione.

Il potere dispositivo del Primario sulla cartella clinica è funzionale all'assolvimento dell'obbligo della conservazione dell'atto fino alla consegna all'archivio centrale

**UNA CARTELLA CLINICA  
SCIATTA, CARENTE DI DATI,  
LACUNOSA, VANIFICA LA SUA  
FINALITA' E OFFRE UNA  
PESSIMA IMMAGINE  
DELLA STRUTTURA SANITARIA  
DA CUI PROVIENE.**



F. Di Stanislao, F. Boraso et. al. in “VALUTAZIONE DI QUALITA’ DELLA CARTELLA CLINICA”, nel **1991** concludevano che:

## COMMENTO E CONCLUSIONI

Per quanto riguarda i risultati dello studio emerge che la qualità della cartella clinica, al pari delle osservazioni riportate da altri autori italiani [1], è risultata globalmente piuttosto scadente,

20 anni dopo, nel 2011, la Direzione dei PPOO di Novi Ligure e Tortona, dopo l'analisi di circa 600 cartelle cliniche delle aree mediche e chirurgiche dei due Presidi conclude che

....