



Università degli Studi di Genova

**DISSAL**

Dipartimento di Scienze della Salute

Sezione di Medicina Legale

**LA CARTELLA CLINICA**

Prof. Renzo Celesti

# SOMMARIO

- Definizione
- Profili di interesse
- Natura giuridica
- Contenuto
- Forma
- Valore probatorio
- Informatizzazione
  
- Questioni particolari
  - conservazione
  - responsabilità
  - segretezza
  - conflitto di interessi

# LA CARTELLA CLINICA

## DEFINIZIONE

E' il complesso ordinato e scritto dei dati clinici (anamnestici, obiettivi, specialistici, strumentali e documentali) raccolti dai sanitari sulla persona del malato nel corso della degenza ospedaliera.

## PROFILO CLINICO

Ha la finalità della tutela della salute del ricoverato (diagnosi e terapia).

## PROFILO MEDICO LEGALE

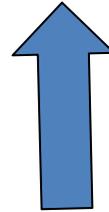
Ha efficacia probatoria, ha valore storico documentale, attesta il consenso informato.

## PROFILO STATISTICO SANITARIO

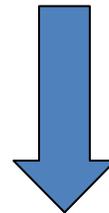
## PROFILO PEDAGOGICO

## PROFILO SCIENTIFICO

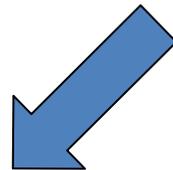
ATTO PUBBLICO  
VALORE DOCUMENTALE



CARTELLA CLINICA  
SDO



DOCUMENTO SANITARIO



VALORE:  
AMMINISTRATIVO  
(DRG)



VALORE:ASSISTENZIALE  
SCIENTIFICO  
STATISTICO -  
EPIDEMIOLOGICO

# NATURA GIURIDICA DELLA CARTELLA CLINICA

1) Non atto pubblico in quanto inidonea ad esplicitare una efficacia costitutiva di nuove situazioni giuridiche

2) atto pubblico di fede privilegiata". (Art. 2699 e seg. c.c.) e quanto riportato in essa *fa fede fino a querela di falso.*

".....i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano *falsità in atto pubblico*

# NATURA GIURIDICA DELLA CARTELLA CLINICA (segue)

Ogni singola annotazione costituisce atto pubblico e, una volta scritta, **esce** dalla disponibilità di chi ha annotato.

Ogni singola annotazione **deve** essere riconducibile a chi l'ha materialmente fatta.

Eventuali “correzioni” o precisazioni **devono** consentire l'identificazione dell'estensore e la leggibilità di quanto precedentemente annotato.

# NATURA GIURIDICA DELLA CARTELLA CLINICA

(segue)

- Cassazione, sez. V penale, 21 aprile 1983

“ ... attesa la sua funzione di diario, i fatti devono essere annotati al loro verificarsi. Ne consegue che l’annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di **falso materiale in atto pubblico**”

- Idem, 20 gennaio 1987

“ ... Ne consegue che (all’infuori della correzione di meri errori materiali) 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”

- Idem, 26 novembre 1997

“ .... Trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia sicché i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi ... tutte le aggiunte, alterazioni e cancellazioni integrano **falsità in atto pubblico**, punibili in quanto tali”

## REQUISITI FORMALI DELLA CARTELLA CLINICA

- intelleggibilità
- chiarezza
- accuratezza
- veridicità
- completezza

## REQUISITI FORMALI DELLA CARTELLA CLINICA (segue)

- numero progressivo
- firma del medico curante
- firma dei consulenti specialistici
- firma del Direttore dell'U.O. prima dell'invio all'archivio a garanzia della completezza

# IL CONTENUTO DELLA CARTELLA CLINICA

- ✓ Generalità del paziente.
- ✓ Data e ora di ricovero.
- ✓ Diagnosi all'ingresso.
- ✓ Anamnesi patologica remota e prossima.
- ✓ Esame obiettivo al ricovero.
- ✓ Diario clinico
- ✓ Indagini diagnostiche, esami di laboratorio, accertamenti specialistici.
- ✓ Terapie praticate durante la degenza.
- ✓ Diagnosi alla dimissione.
- ✓ Data e ora della dimissione.
- ✓ Parere dei sanitari alla dimissione.
- ✓ Eventuale trasferimento ad altro ospedale con o senza ambulanza.
- ✓ Dichiarazioni esplicite relative al consenso del paziente (necessario tutte le volte che l'atto medico o chirurgico ecceda la normale routine).

# VALORE PROBATORIO (1)

CASSAZIONE, sez. V penale, 11 novembre 1983 n. 9423

*“... la cartella clinica adempie alla funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, per cui, data tale sua funzione, i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Pertanto l’annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il falso materiale in atto pubblico.*

*Ciascuna annotazione presenta singolarmente autonomo valore documentale definitivo che si realizza nel momento stesso in cui vengono trascritte e qualsiasi successiva alterazione apportata durante la progressiva formazione del complesso documento costituisce falsità ancorché il documento sia ancora nella materiale disponibilità del suo autore in attesa della trasmissione alla Direzione Sanitaria ...”*

## VALORE PROBATORIO (2)

Cassazione, sez. III civile, 13 settembre 2000 n. 12103

*“.... La possibilità, pur scientificamente corretta, che la morte della p. possa essere intervenuta per ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate e inadeguatamente trattate, non accertate in ragione della difettosa tenuta della cartella clinica .... non vale ad escludere la sussistenza del nesso etiologico, ove risulti provata l'idoneità di tale condotta a provocarla”*

## VALORE PROBATORIO (3)

Cassazione, sez. IV penale, 9 marzo 2001 n. 28132

*“.... La circostanza che un atto sia formato con il concorso di persone che successivamente saranno chiamate a rendere dichiarazioni nel processo (come imputati, testimoni o in altra veste) non esclude la natura documentale e la attendibilità dell'atto medesimo e non produce effetti sulla sua utilizzabilità nel processo, salvo l'obbligo per il giudice di valutare con particolare rigore qualora i contenuti possano essere stati falsati in vista delle possibili conseguenze”.*

## VALORE PROBATORIO (4)

Tribunale di Roma, 28 gennaio 2002 n. 12103

*“.... Quando la corretta esecuzione di un intervento chirurgico richiede il compimento di una determinata operazione e questa non risulti dalla cartella clinica, si presume juris tantum una omissione a carico del medico che avrà l'onere, per andare esente da responsabilità, di provare di avere effettivamente compiuto l'operazione non annotata in cartella”.*

# CONSERVAZIONE

(Circolare Ministeriale n. 61 del 19/12/1986)

- Le cartelle cliniche, unitamente ai referti vanno **conservate illimitatamente** poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentale per le ricerche di carattere storico sanitario.”
- Le radiografie e altra documentazione diagnostica vanno conservate per **20 anni**
- La cartella clinica ed i documenti ad essa connessi ed annessi può essere conservata su supporto informatico secondo quanto prescritto nel D Lgs 82/05, con le modalità ivi indicate.

## CONSERVAZIONE (segue)

- La struttura deve pertanto predisporre e mantenere procedure di custodia che garantiscano l'intera documentazione dal rischio di manomissione, smarrimento, danneggiamento, accessibilità ai non aventi diritto, ecc.
- Né il paziente, cui pure la cartella si riferisce, né il sanitario che l'ha redatta sono titolari di un diritto di proprietà su di essa.

## CONSERVAZIONE (segue)

- durante la degenza  
la cartella resta nel Reparto ed il responsabile della conservazione è il Direttore dell'U.O. o un suo delegato
- dopo la dimissione  
la cartella è destinata all'archivio clinico sotto la responsabilità della Direzione sanitaria

# LA RESPONSABILITA' PRIMARIALE

La responsabilità della regolare compilazione, della tenuta e della custodia della cartella clinica, fino alla consegna nell'archivio centrale spetta al Direttore dell'U.O.

Il Direttore deve anche vigilare sull'esattezza dei contenuti tecnici della cartella, sulla aderenza alla realtà obiettiva di quanto vi è riportato e deve altresì verificare la correttezza degli accertamenti richiesti, della diagnosi formulata e della terapia prescritta e praticata.

# SEGRETEZZA

D.P.C.M. 19 maggio 1995

Schema generale di riferimento della  
Carta dei Servizi Pubblici Sanitari

... Il paziente ha diritto alla segretezza della propria cartella clinica nei confronti di persone estranee al servizio. ...

# SEGRETEZZA

- Il contenuto della cartella clinica è un segreto
- Gli studenti della Facoltà di Medicina ed i medici tirocinanti, in quanto non strutturati, sono tenuti all'osservanza del segreto se delegati ad una specifica funzione
- L'illegittima divulgazione può integrare il delitto di **rivelazione del segreto professionale** o **del segreto di ufficio**
- L'illegittima divulgazione può inoltre essere sanzionata per la mancata osservanza di quanto disposto dalla **Legge sulla privacy** e dal **Codice di Deontologia Medica**

# SEGRETEZZA (segue)

E' consentita la deroga alla segretezza quando:

- È imposta dalla legge (referto,denunce)
- È richiesta o autorizzata dall'interessato
- È richiesta o autorizzata dai legali rappresentanti del minore o del p. non competente

# SEGRETEZZA (segue)

La cartella clinica **non** può essere rilasciata

- a terzi (ivi compresi il coniuge e parenti stretti) non muniti di delega da parte del p.
- al medico curante senza previa autorizzazione del p.
- a enti assicurativi pubblici o privati
- alle Autorità ministeriali o di PS se non a seguito di precisi quesiti di ordine sanitario

## SEGRETEZZA (segue)

- Il p. ha diritto di prendere visione, ogni volta che lo desidera, della cartella clinica relativa a un suo ricovero
- Ha altresì il diritto di ottenerne la copia conforme all'originale
- Viceversa **non** può entrare in possesso dell'originale

# INFORMATIZZAZIONE

- **percorso obbligato** in quanto idoneo a una archiviazione dei dati clinici in modo omogeneo, rendendo così più agevole il loro utilizzo sia ai fini di ricerca scientifica sia nella gestione amministrativa della struttura ospedaliera
- **percorso delicato** per l'intervento di personale competente non sanitario al quale è delegato il compito di trasferire i dati clinici sul supporto informatico

# INFORMATIZZAZIONE

Dovranno comunque essere garantite:

- la **sicurezza** contro le manomissioni e intromissioni (chiave di accesso, pw)
- la **tutela** della privacy (dati sensibili)
- la **documentazione** del consenso del p. ove previsto
- la **autenticità** dei dati
- la **integrità e immodificabilità** del documento
- la **identificazione** dei diversi soggetti che sono intervenuti nella stesura della cartella
- la **attribuzione** a ciascuno di essi delle annotazioni, referti, consulenze e quant'altro è riportato in cartella

**DECRETO MINISTERIALE 28 DICEMBRE 1991**  
**(G.U.17 Gennaio 1992 n.13)**  
**Istituzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera**

**ART. 1**

E' istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Entro il 30 giugno 1992 è fatto obbligo a tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul territorio nazionale di adottare la scheda di dimissione ospedaliera, **quale parte integrante della cartella clinica**, di cui assume le medesime valenze di carattere medico legale.

# DECRETO MINISTERIALE 28 DICEMBRE 1991

(G.U. 17 Gennaio 1992 n.13)

## Istituzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera

### ART. 2

La scheda di dimissione ospedaliera deve recare **la firma del medico curante**, nonché quella del **responsabile di divisione**, il quale assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa, ai sensi del D.P.R. n. 128/1969.

Costituiscono compiti del **Direttore sanitario** la verifica della completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e la trasmissione delle stesse alla Regione ed al Ministero della Sanità.

# DECRETO MINISTERIALE 28 DICEMBRE 1991

(in G.U.17 Gennaio 1992 n.13)

## Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera

### Segue ART. 3

Allo scopo di definire il livello di bisogno socio-assistenziale dei dimessi dagli istituti di ricovero, la scheda di dimissione ospedaliera può altresì contenere informazioni relative a:

situazione abitativa del paziente;

eventuale necessità di assistenza domiciliare, ovvero di ricovero in residenza sanitaria assistenziale.

# SDO

Artt. 1 e 3 del D.M. 28/12/1991

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), definita "parte integrante della cartella clinica" della quale assume medesima rilevanza è, conseguentemente, un **atto pubblico**, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico.

# CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(16 dicembre 2006)

## Art. 26 - Cartella clinica

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 ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.

**La cartella clinica  
come strumento di  
verifica della qualità  
delle prestazioni**

## LA CARTELLA CLINICA E LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

1. Omesso rilievo dei sintomi o di altri dati obiettivi importanti.
2. Omissioni di esami clinici specialistici e/o strumentali.
3. Omissioni concernenti l'attività informativa da rendere al paziente prima di qualsiasi atto o prestazione medica che esuli dalla comune routine.
4. Mancata compilazione del diario clinico.
5. Discordanze dei reperti clinici o strumentali.
6. Mancato trattamento e sottovalutazione di determinati sintomi o segni pure rilevati in cartella.
7. Errore nella definizione della diagnosi.

# LE OMISSIONI IN CARTELLA CLINICA

Cass. Civ. 364/97:

“... l'incertezza degli esiti probatori in ordine all'esatto adempimento della prestazione professionale va posto a carico del prestatore d'opera o della struttura in cui lo stesso è inserito e comporta l'accoglimento della domanda risarcitoria, fondata sulla responsabilità contrattuale ....”

”  
.....

Cassazione, sez. unite, 11 gennaio 2008, n. 577

... la difettosa tenuta della cartella clinica non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici e la patologia accertata, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla, ma consente anzi il ricorso alle presunzioni, ...

# CONFLITTO DI INTERESSI

- Conflitto di competenze tra reparti nella compilazione della cartella clinica in caso di trasferimento del p.

*(Cassazione, sez. IV penale, 25 febbraio 1994: “ ... è da escludere che ciascun reparto da cui è composta la struttura ospedaliera costituisca una realtà a se, implicante una divisione tale da impedire una reciproca comunicazione di notizie attinenti a malati trasferiti da un reparto all’altro ....”*

- Conflitto di interessi tra sanitari operanti nella stessa U.O.
- Conflitto di interessi tra sanitari operanti nella stessa struttura, ma in U.O. differenti

# CONFLITTO DI INTERESSI

- Frequente coinvolgimento di diversi sanitari in una singola indagine

## Cause

molto spesso la documentazione clinica in giudiziale sequestro è redatta in modo tale da impedire di sapere “*chi ha fatto che cosa*”.

Da qui la necessità per l’A.G. di estendere l’interesse investigativo a tutti i sanitari operanti nella stessa, o anche diversa, U.O.

## Rimedi

compilazione della cartella clinica in modo leggibile e con chiara indicazione, anche attraverso timbratura, di “*chi ha fatto che cosa*”



**IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST**  
**Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro**  
GENOVA

## L'audit sulle cartelle cliniche chiuse

Dott.ssa Marzia Tomellini  
U.O. Ufficio Qualità Accreditamento e URP  
(Direttore Dott.ssa Rita Rosso)



## Criteria di lettura anni 2004-2008

Utilizzo della scheda:

*“Valutazione della completezza e appropriatezza della cartella clinica”*

secondo la J C e

*“Verifica degli eventi sentinella”*

secondo Vincent e Wolf”

**Valutazione (7.5.2) della completezza e appropriatezza  
cdc.....CARTELLE CLINICHE valutate N°.....  
A cura del Team Leader**

1)Dati Identificativi del Ricovero	
2)Dati Identificativi del Paziente	
3)ANAMNESI	Con correzioni Insufficiente Mancante
4)ESAME OBIETTIVO	Illeggibile Insufficiente Mancante Firma mancante Data mancante
5)CONS. ANESTESIA	Compilata anticipatamente Incompleto Mancante
6)CONS. HIV MODAZ 50 ( Se in Cartella è presente il referto)	Firma mancante Mancante
7)CONSENSO ESAME INVASIVO/INTERVENTO CHIRURGICO MODAZ51 e/o Ulteriori Consensi validati da Società Scientifiche	Firma medico mancante
	Firma paziente mancante
	Incompleto
	Manca descrizione intervento Mancante
8)CONS. TRASF.NE (Se dalla Cartella risulta effettuata)	Firma mancante Mancante
9)AUTOR. TRATT. DATI SENS MODAZ 001	Data mancante Firma mancante Mancante

10)DIARIO CLINICO	Firme mancanti Incompleto Non compilato
11)SCHEDA TERAPIA (Date e Firme)	Illeggibile Incompleta
12)ESAMI E DOCUM CLINICA CORRISPONDENTI AL PZ	Documentazione personale del paziente Fogli sparsi
13)REFERTO OPERATORIO	Firma del chirurgo mancante Illeggibile Manca ora inizio-fine intervento Mancante Operatori non identificabili
14)CART. ANEST.CA	Incompleta Manca data Mancante
15)SDO	Firma mancante
16)LETT. DIM.	Data mancante Mancanza nome medico Mancanza firma medico Manca descrizione intervento Mancante Requisiti minimi soddisfatti



<b>Blocco Operatorio</b> 2 - MON. AC. P/2 LEV.		<b>Sala Operatoria</b> 8 - SALA 8		
<b>Specialità Chirurgica</b> CH.TOR. - CHIRURGIA TORACICA (PROF. CATRAMBONE)		<b>Data Intervento</b> 04/11/2004	<b>Nosografico N°.</b> 2004168182	<b>Cartella Clinica N°.</b>
<b>Cognome</b> [REDACTED]	<b>Nome</b> [REDACTED]	<b>Sesso</b> M	<b>Data Nascita</b> 05/08/1936	<b>Età</b> 68

**Diagnosi Operatoria** 162.3 - TUMORI MALIGNI DEL LOBO SUPERIORE, BRONCO O POLMONE **Lateraltà** DESTRA

Neoplasia polmonare del segmento dorsale del lobo superiore destro.

**Tipo di Intervento** -

LOBECTOMIA DEL POLMONE **ICD-9-CM** 32.4  
 ASPORTAZIONE RADICALE DI LINFONODI, SAI **ICD-9-CM** 40.50  
 Lobectomia polmonare superiore destra + linfadenectomia ilo-mediastinica.

**Anestesia** GENERALE TIVA

**1° Chirurgo** SERRANO JACOPO  
**Altri Chirurghi** ROMBOLA' FABIO  
**Anestesisti** CAMMARATA GIUSEPPE  
**Strumentisti** RAVERA DANILA  
**Infermieri** RIMASSA GRAZIELLA, SETTI ROBERTO, STRACQUADANIO GLORIA

**Tipologia di Intervento** ELEZIONE **Inizio Incisione** 11.20 **Fine Incisione** 14.10

**Esame Istologico IntraOperatorio** SI

Utente(RF0): Toracotomia antero-laterale destra al V spazio intercostale. All'apertura del cavo pleurico, il polmone destro appare diffusamente antracotico. Esplorando il parenchima polmonare, si individua una neoformazione ombelicata del segmento dorsale del lobo superiore destro. Si effettua quindi una biopsia della sopraindicata neoformazione che è inviata per esame istologico estemporaneo al congelatore; la risposta telefonica e di reperto compatibile con carcinoma bronchiolo-alveolare. Valutata l'operabilità, si procede all'intervento di lobectomia polmonare superiore destra. Si incide la pleura viscerale in corrispondenza della cross scissurale fino al piano dell'arteria polmonare. Preparazione e liberazione del tratto posteriore della grande scissura con una Stapler TA 55 azzurra. Si seziona il legamento polmonare inferiore. Si incide la pleura mediastinica posteriormente al nervo frenico. Preparazione, legatura con fili di seta e sezione del tronco di Boyden dell'arteria polmonare. Preparazione, legatura con fili di seta e sezione dei rami della vena polmonare superiore originanti dal lobo superiore. Preparazione, legatura con fili di seta e sezione dei rami segmentario posteriore ed anteriore dell'arteria polmonare. Liberazione del tratto anteriore della piccola scissura con Stapler TA 55 azzurra. Preparazione, chiusura con Stapler TA 55 azzurra e sezione con bisturi a lama del bronco lobare superiore destro. Linfadenectomia delle stazioni 11, 3, 4. Prova di tenuta della sutura bronchiale e della riespansione polmonare con la tecnica dell'acqua che risulta negativa per perdite aeree. Accurato controllo dell'emostasi. Duplice drenaggio pleurico. Chiusura della parete a strati. Il reperto operatorio è inviato per esame istologico definitivo. Perdite ematiche intraoperatorie: circa 100 ml. La conta delle garze è pari.

**Firma 1° Chirurgo** .....

Convalida Dati Anestesiologici: CAMMARATA GIUSEPPE - 04/11/2004 14:39:45  
 Convalida Dati Chirurgici: ROMBOLA' FABIO - 04/11/2004 14:28:42  
 Convalida Dati Infermieristici: SETTI ROBERTO - 04/11/2004 14:30:10

## Progetto miglioramento 2009

- Utilizzo di materiale cartaceo e informatico identico per tutta l'azienda (14 Blocchi operatori, 20 km di viali ...)
- Quantificazione valori e difetti
- Indicatori condivisibili da qualsiasi specialista

# Gli obiettivi specifici

- Monitoraggio e mappatura della compilazione della cartella clinica da parte di tutte le 62 UU.OO. aziendali di degenza
- Sono state valutate 378 cartelle cliniche chiuse.
- In particolare 10 cartelle per ciascuna delle UU.OO. di degenza sottoposte a verifiche ispettive esterne e 2 cartelle per ciascuna delle UU.OO. di degenza sottoposte a verifiche ispettive interne nel 2009.

# Tipologia di cartelle

- Cartelle di ricovero medico
- Cartelle di ricovero chirurgico

chiuse

pronte per l'archiviazione  
o archiviate

# Campi da analizzare

per ricoveri ordinari medici

1. check chiusura cartella
2. lettera di dimissione
3. anamnesi
4. esame obiettivo
5. diario clinico
6. scheda di terapia
7. cartella infermieristica
8. consensi aziendali

# Campi da analizzare

per ricoveri ordinari chirurgici  
(oltre agli 8 campi medici)

9. cartella di anestesia
10. consenso anestesiologicalo
11. consenso chirurgico specifico
12. referto operatorio
13. scheda infermieristica di b.o.
14. check in – check out del paziente nel b.o.

# Dimensioni prescelte da analizzare

- Chiarezza
- Accuratezza
- Rintracciabilità

# Chiarezza

*sinonimi:* rigore, comprensibilità, facilità, coerenza

- Leggibilità e regolarità di compilazione.
- Le eventuali correzioni e cancellature devono poter essere ricostruite (leggibilità di quanto cancellato, data della modifica, firma )

# Accuratezza

*sinonimi:* esattezza, precisione, scrupolosità, meticolosità, diligenza

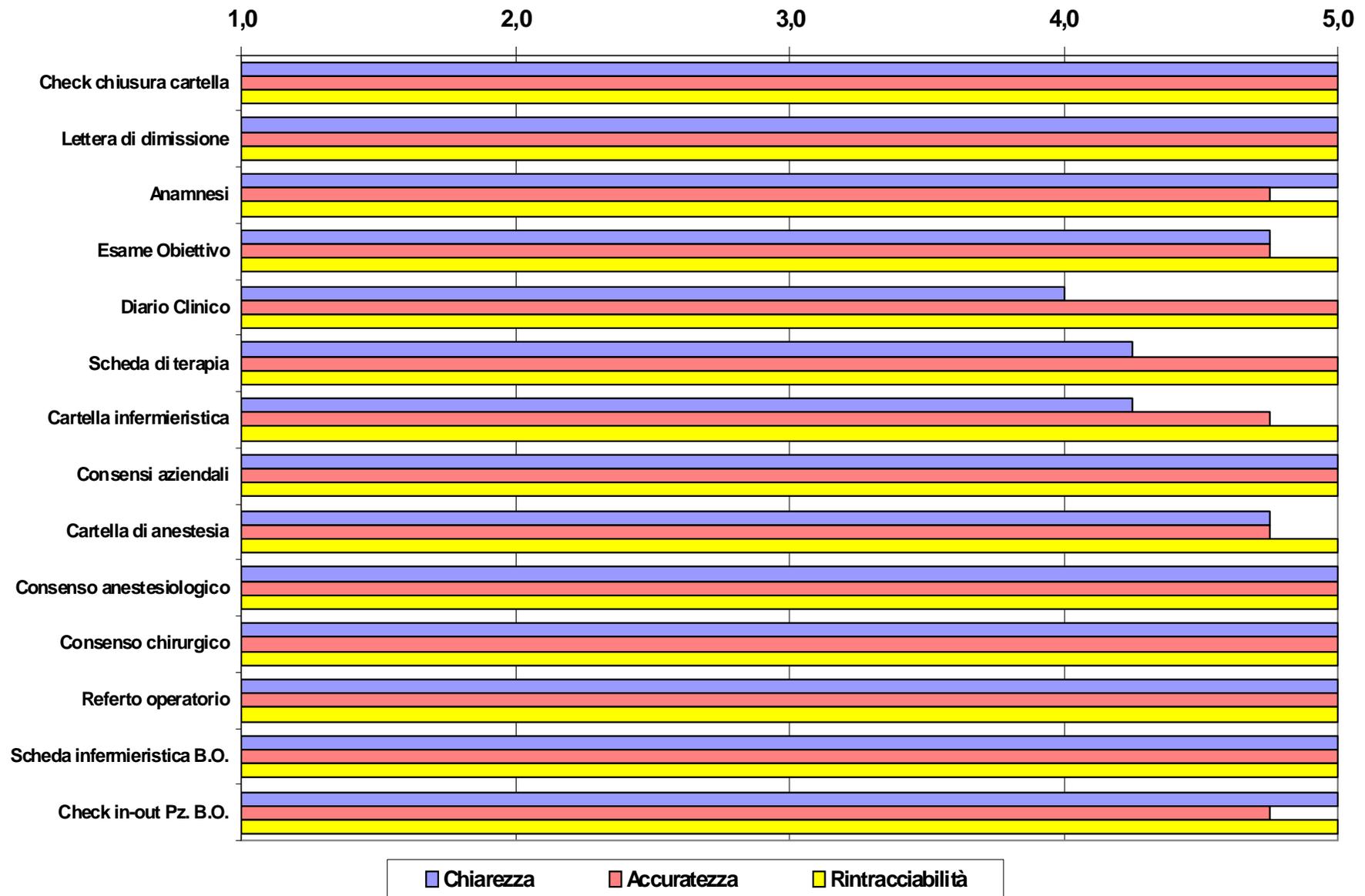
riferita ai dati clinici essenziali o rilevanti,  
man mano formati nel tempo,  
che sono trascritti perché correlati alle  
esigenze di assistenza.

# Rintracciabilità

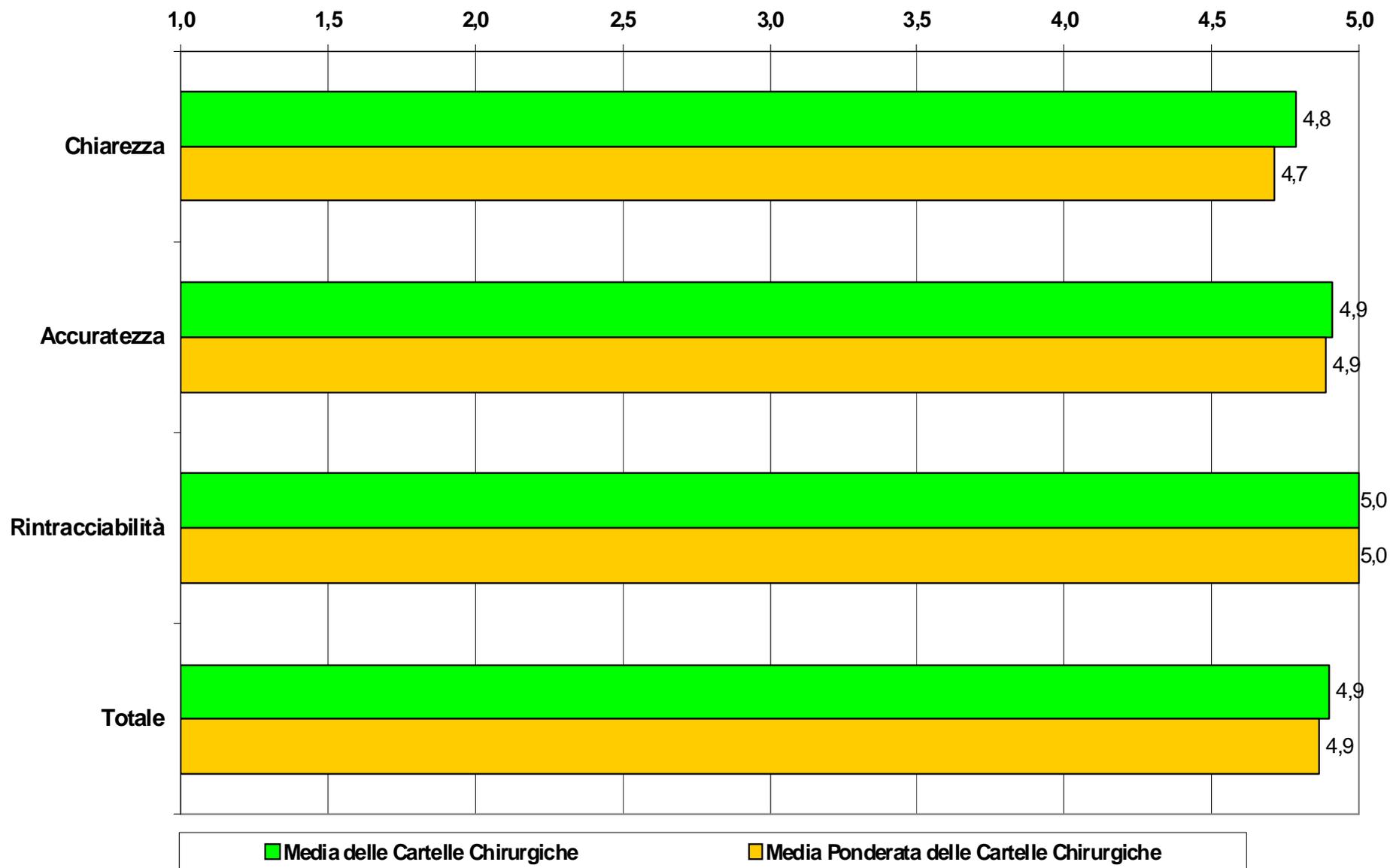
*sinonimi:* rinvenibilità, ritrovabilità, reperibilità

possibilità di risalire a tutte le *attività*,  
*gli esecutori, i materiali e i documenti*  
attinenti al ricovero individuando autore  
ed epoca dell'annotazione.

## Valutazione delle cartelle cliniche della UO H1U per singoli *item* - 2010

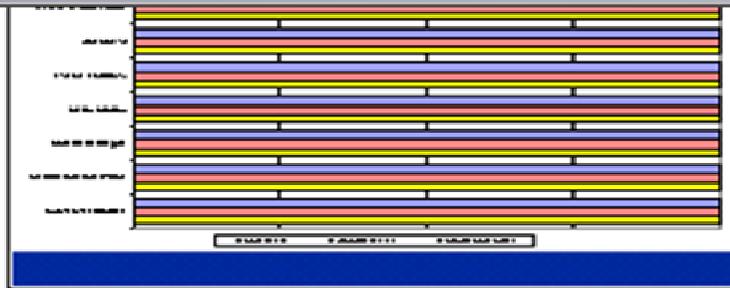


## Valutazione sintetica delle cartelle cliniche della U.O. H1U 2010

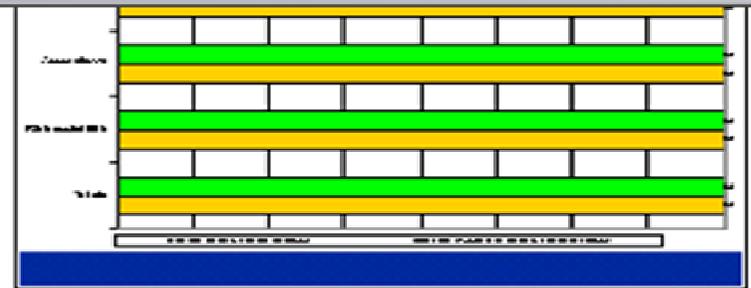


# campionamento

- Numero complessivo di cartelle cliniche esaminate: 577
- Numero di UU.OO.: 50
- Condivisione della metodologia di lettura e delle “non conformità” con Direttore e RAQ



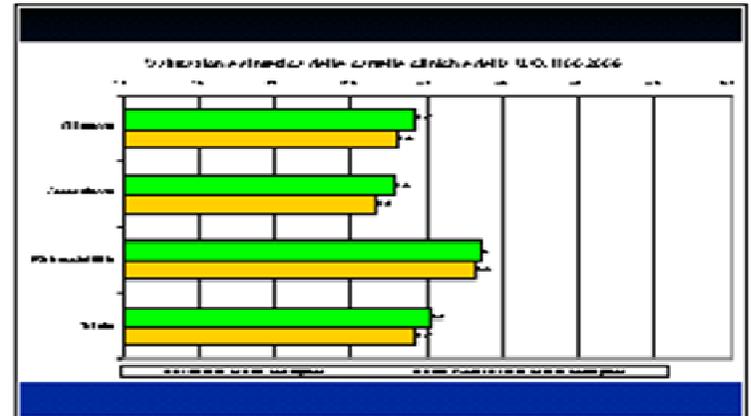
67



68



70



71

