

LA CARTELLA CLINICA

DEFINIZIONE, FUNZIONI E REQUISITI

DEFINIZIONE

Documentazione sanitaria



Tutti quei documenti (informazioni scritte) che vengono prodotti dal personale delle professioni sanitarie

DEFINIZIONE



che cos'è
la cartella clinica



DEFINIZIONE

LINEE DI GUIDA 17 GIUGNO 1992

LA COMPILAZIONE, LA CODIFICA E LA GESTIONE DELLA SCHEDE
DI DIMISSIONE OSPEDALIERA ISTITUITA EX DM 28.12.1991.

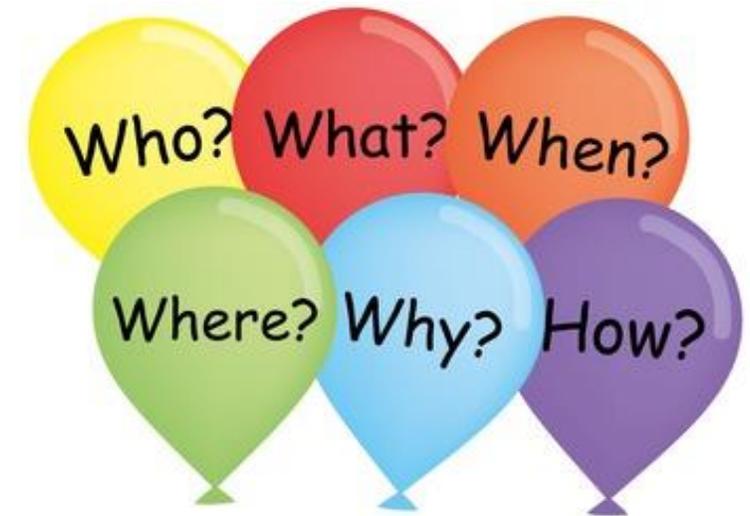


«La cartella clinica costituisce lo **strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero.** Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero episodio di ricovero del paziente nell'istituto di cura: essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'ospedale. La cartella clinica ospedaliera ha così inizio al momento dell'accettazione del paziente in ospedale, ha termine al momento della dimissione del paziente dall'ospedale e segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera.»

DEFINIZIONE

American Hospital Medical Record Association

"the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization"



DEFINIZIONE

È il documento nel quale sono annotati i **dati anagrafici** del paziente, la **storia clinica ed il motivo del ricovero**, l'**iter diagnostico**, i dati osservazionali relativi alle condizioni del paziente durante il periodo del ricovero, il **decorso e il trattamento** ed il **risultato** di un episodio di ricovero.

Who

What

Why

When

How

DEFINIZIONE

Insieme di tutti in documenti di carattere clinico assistenziale che riguardano l'assistito e che sono stati redatti durante un singolo episodio di ricovero



CARTELLA CLINICA



- CARTELLA CLINICA MEDICA
- CARTELLA INFERMIERISTICA
- CARTELLA OSTETRICA
- CARTELLA RIABILITATIVA
- REFERTI ESAMI E CONSULENZE
- ecc

DEFINIZIONE

VISIONE INTEGRATA DELL'ASSISTENZA

**CARTELLA
CLINICA**

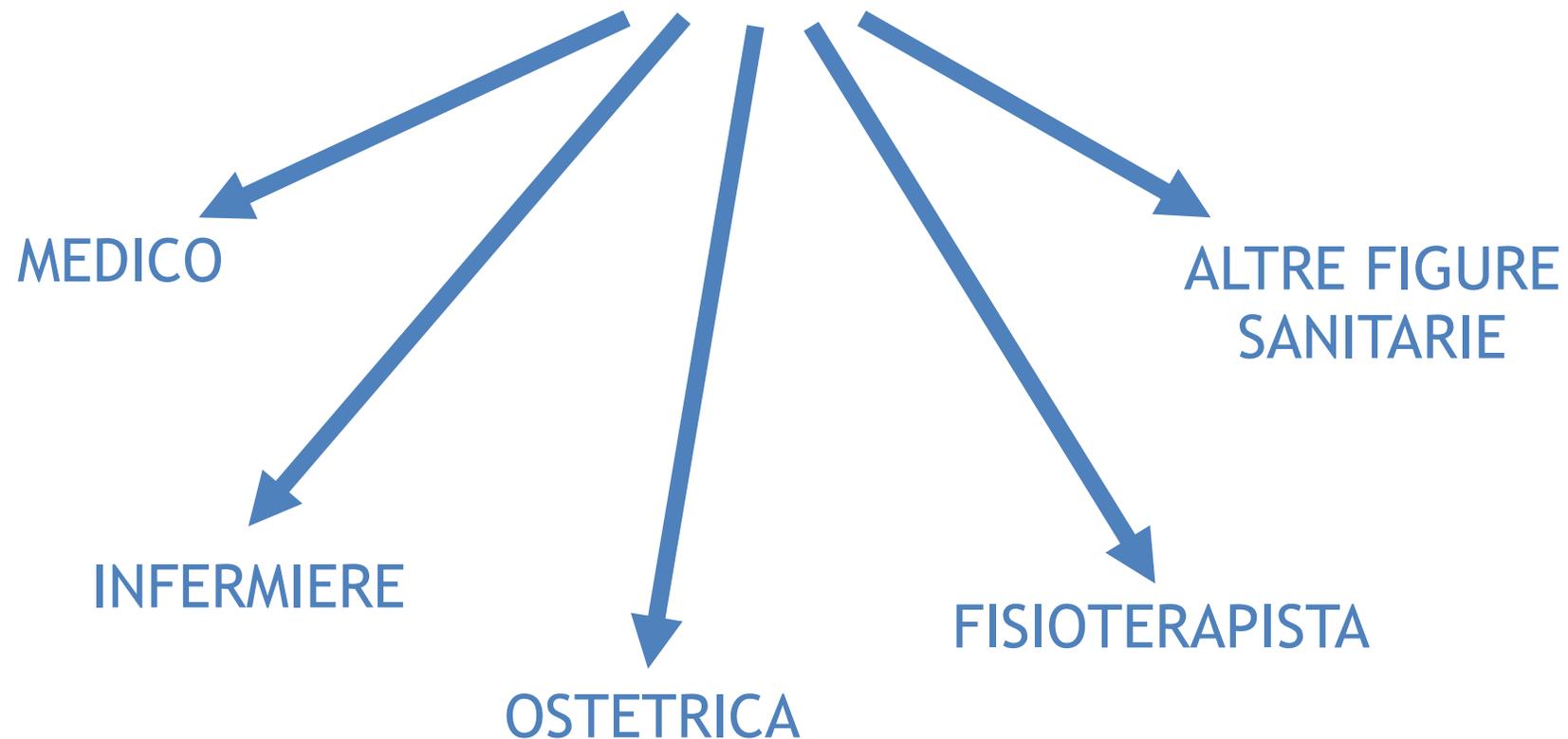
MEDICO

INFERMIERE

OSTETRICA

FISIOTERAPISTA

ALTRE FIGURE
SANITARIE



DEFINIZIONE



DIFFERENZE



CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Cartella clinica cartacea gestita in modo digitale oppure una cartella redatta elettronicamente che viene poi stampata e firmata

- Documento parzialmente dematerializzato
- Responsabili della compilazione non identificabili univocamente
- Documenti firmati con firma analogica o con firme deboli
- Archivio cartaceo o digitale dopo ri-digitalizzazione

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA (CCE)

Documento digitale totalmente creato e archiviato dalla struttura sanitaria che ha in cura il paziente

- Documento interamente dematerializzato
- Responsabili della compilazione dei documenti, univocamente identificabili
- Documenti firmati con firma elettronica qualificata / digitale
- Conservazione sostitutiva

LE FUNZIONI

Cliniche

Gestionali

Scientifiche

Accountability

Esercizio di diritti



LE FUNZIONI



CLINICHE

Condivisione tra professionisti che intervengono nel processo di diagnosi e cura delle informazioni cliniche e assistenziali



Garantire la continuità assistenziale e il follow-up del paziente

LE FUNZIONI

SCIENTIFICHE

«Le cartelle cliniche devono essere documentate accuratamente e in maniera tempestiva, devono essere facilmente accessibili e consentire un **sollecito recupero delle informazioni, inclusi i dati statistici**»

Linea di guida del Ministero della salute 17 giugno 1992



LE FUNZIONI

ACCOUNTABILITY

Il rendere conto dei risultati in termini di salute prodotti con le risorse assegnate

Informazioni
contenute nella
cartella clinica

SDO

Indicatori
report
PNE



LE FUNZIONI

ESERCIZIO DI DIRITTI

Tutela degli interessi:

- della persona assistita
- dell'Azienda che eroga l'assistenza
- degli Operatori che agiscono in suo nome



I RIFERIMENTI

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)

Art. 26

Cartella clinica

Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.

Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione.

Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.

I RIFERIMENTI

CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



Approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini
delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019

ART 33 - DOCUMENTAZIONE CLINICA

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

I RIFERIMENTI

Pochissime norme...

RD 30.09.1938, n. 1631 che all'art. 24 afferma che

“il primario...cura, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta delle cartelle cliniche e dei registri nosologici”

D.P.R. 27.3.1969 n. 128 all'art 7 afferma che

“il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche... e della loro conservazione fino alla consegna all'archivio centrale” ed all'art 5 che “il Direttore Sanitario vigila sull'archivio delle cartelle cliniche e rilascia agli aventi diritto..... copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale”

DA 890/2002 afferma che

“nella compilazione della documentazione relativa all'utenza (cartelle cliniche, schede ambulatoriali ecc.)...deve risultare identificabile l'operatore che redige, per la parte di competenza”



I RIFERIMENTI

...molte sentenze

«quale atto pubblico rientra nella categoria degli **atti pubblici**»

Cassazione, sez. V penale, 17 dicembre 1992)

«costituisce un **atto pubblico di fede privilegiata** con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso»

Corte di Cassazione sez. III civile, 27 settembre 1999, n° 10695

«essa ha natura di atto pubblico munito di fede privilegiata, con riferimento alla sua **provenienza dal pubblico ufficiale** e ai **fatti da questi attestati come avvenuti in sua presenza**»

Corte di Cassazione sez. III civile, 16 aprile 2009, n° 31858



I RIFERIMENTI

...molte sentenze

«adempie la funzione di **diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti**, per cui gli **eventi** devono essere **annotati contestualmente** al loro **verificarsi...**»

(Cassazione sez. V penale, 21 aprile-11 novembre 1983, n. 9423)

«**documentazione di attività** compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità: trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i **fatti** devono essere **annotati conformemente** al loro **verificarsi**»

Corte di Cassazione sez. V penale, 16 giugno 2005, n° 22694

«il medico ha l'**obbligo** di controllare la **competenza e l'esattezza** delle cartelle cliniche e dei relativi referti allegati, la cui violazione comporta la configurazione di un difetto di diligenza»

Corte di Cassazione sez. III civile, 18 settembre 2009, n° 20101



I RIFERIMENTI

...molte sentenze

“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»

(Cassazione sez. V penale, 21 aprile-11 novembre 1983, n. 9423)

«una successiva **alterazione** da parte del compilatore costituisce **falsità punibile**, ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità, in attesa della trasmissione alla Direzione sanitaria per la definitiva custodia»

(Cassazione, sez. V penale 21 aprile-11 novembre 1983, n. 9423)

«**anche laddove il soggetto agisca per ristabilire la verità effettuale**, alterando il testo della cartella clinica, **sussiste ugualmente il reato di falso materiale**, perché **la cartella acquista carattere definitivo in relazione ad ogni singola annotazione** ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata

(Cassazione, sez. V penale, 11 luglio 2005, n. 35167)



I RIFERIMENTI

...molte sentenze

In ossequio al principio di prossimità della prova, le **omissioni nella tenuta della cartella clinica imputabili al medico** rilevano come possibilità, per il paziente danneggiato, di fare ricorso alla **prova presuntiva**, poiché l'imperfetta compilazione della stessa non può, in linea ad principio, tradursi in un danno nei confronti di colui il quale abbia diritto alla prestazione sanitaria

(cfr. Cassazione, sez. III Civile, 8 novembre 2016, n. 22639)

Quando l'incompletezza della cartella clinica rende impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il medico ha comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno, può dirsi provato il nesso di causalità materiale

(cfr. Cassazione, sez. III civile, 24 febbraio - 8 luglio 2020, n. 14261)



RESPONSABILITÀ

Compilazione



Personale sanitario dell'U.O.

Verifica della regolare tenuta
Custodia
Consegna all'Archivio Clinico



Responsabile / Direttore
dell'U.O.

Conservazione
Sicurezza
Archivio

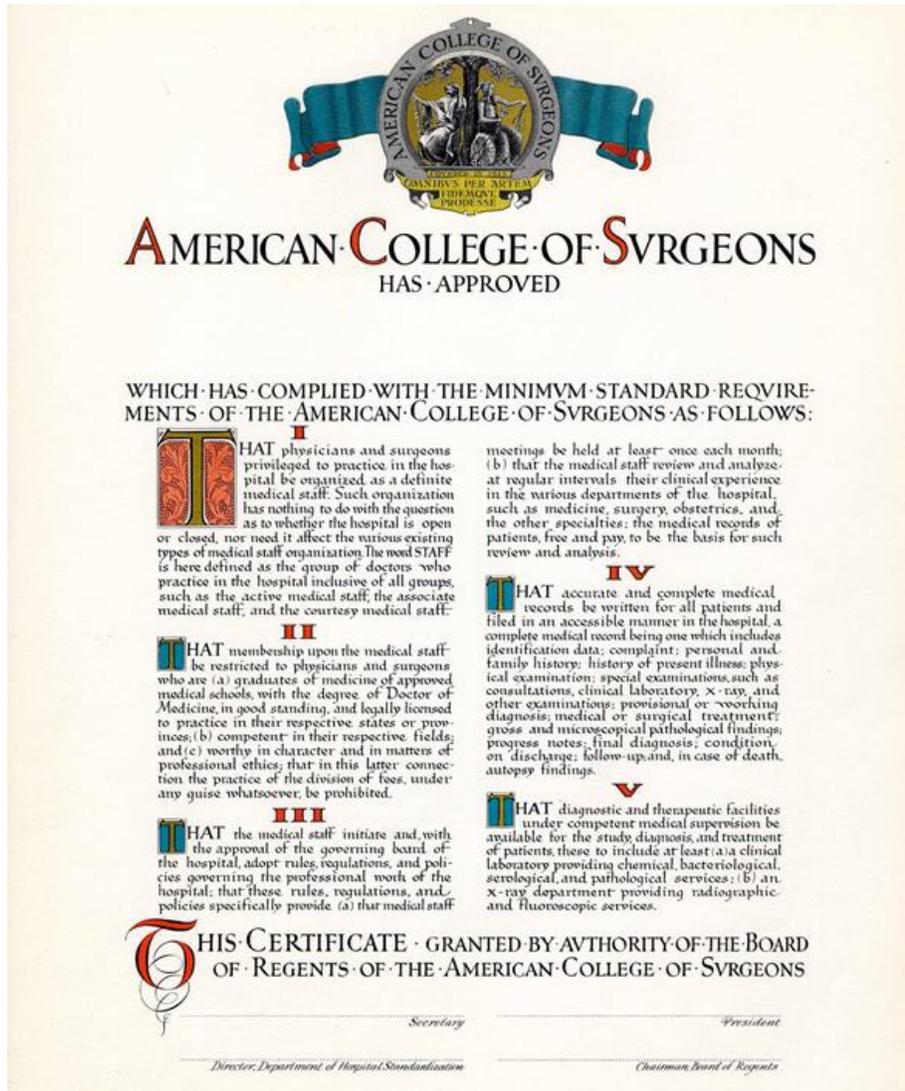


Direttore Sanitario

Rilascio Documentazione

I RIFERIMENTI

I CINQUE STANDARD DELL'A.C.S. DEL 1918



1

Il personale medico deve costituire un corpo organizzato

2

Tutti i medici che vi lavorano devono essere laureati in medicina

3

Il personale medico deve effettuare almeno una riunione al mese per la discussione dei casi clinici

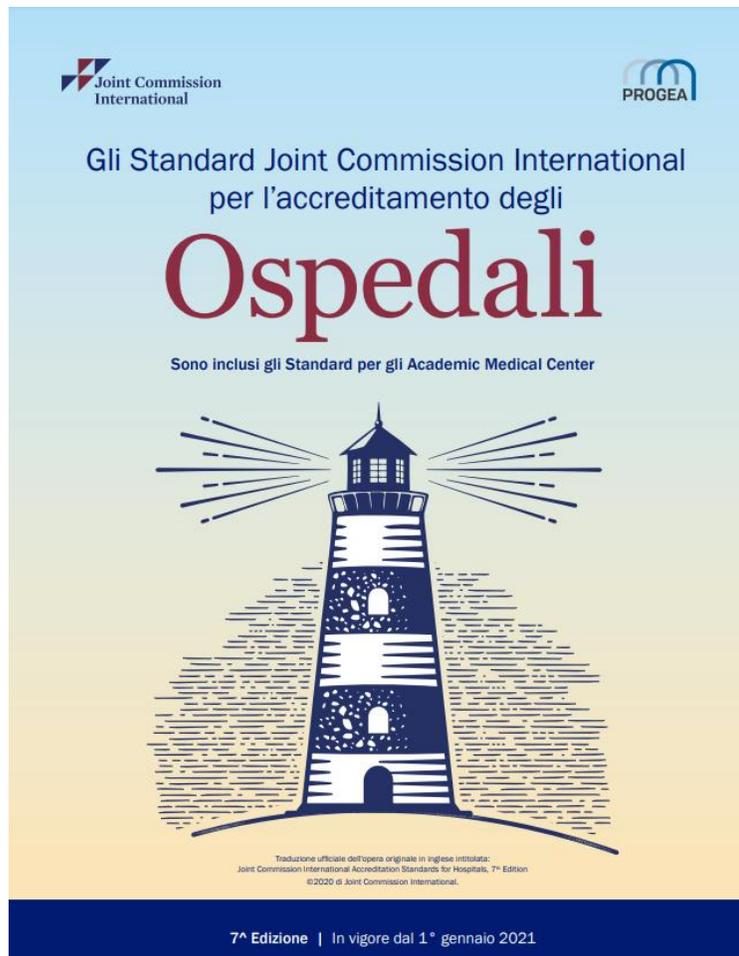
4

Tutti i pazienti devono avere una cartella clinica standardizzata e accessibile

5

Ogni ospedale deve avere almeno una radiologia ed un laboratorio analisi

I RIFERIMENTI



STRUTTURA DEL MANUALE

Standard Centrats sul Paziente

Standard per la Gestione dell'Organizzazione Sanitaria

Standard per i Centri Accademici

I RIFERIMENTI

STRUTTURA DEL MANUALE

Standard centrati sul paziente

- Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG)
- Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure (ACC)
- Cura Centrata sul Paziente (PCC)
- Valutazione del Paziente (AOP)
- Cura del Paziente (COP)
- Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC)
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci (MMU)



I RIFERIMENTI



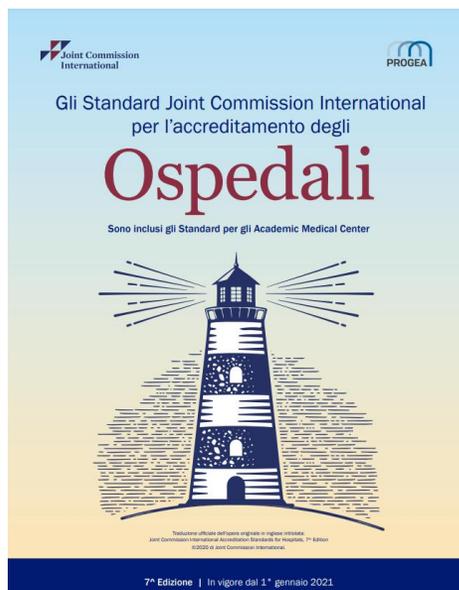
STANDARD SPECIFICI PER LA CARTELLA CLINICA

Standard MOI.8

L'ospedale apre e trattiene una cartella clinica:
standardizzata e accurata per ogni paziente valutato o
trattato e stabilisce:

- **il contenuto,**
- **il formato,**
- **l'ubicazione delle annotazioni in cartella clinica.**

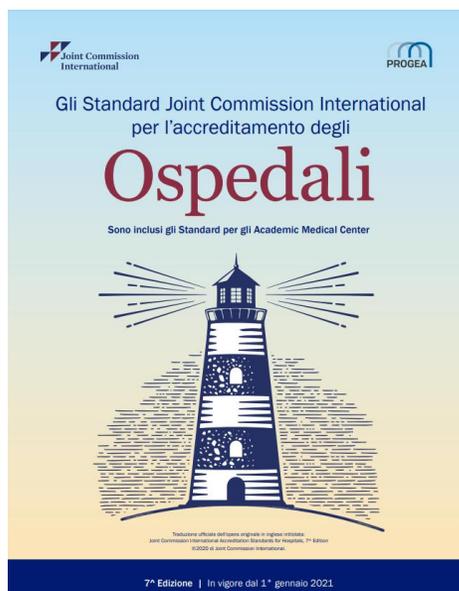
Per ogni paziente valutato o trattato in ospedale in regime di ricovero, ambulatoriale o di pronto soccorso, vi è una cartella clinica.



I RIFERIMENTI



STANDARD SPECIFICI PER LA CARTELLA CLINICA



Standard MOI.8.1

La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a:

- **identificare il paziente,**
- **supportare la diagnosi,**
- **giustificare il trattamento,**
- **documentare il decorso,**
- **documentare i risultati del trattamento.**

I RIFERIMENTI

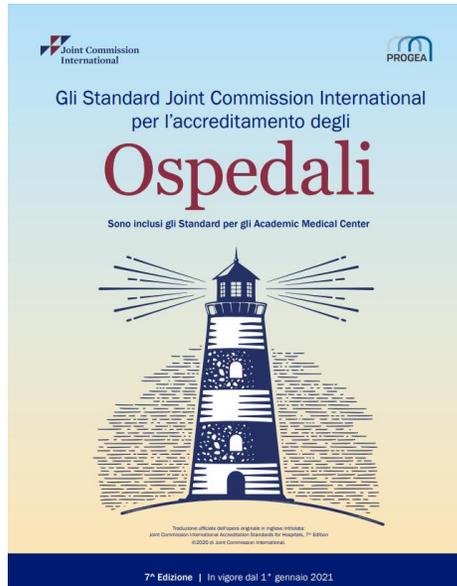


STANDARD SPECIFICI PER LA CARTELLA CLINICA

Standard MOI.9

Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne:

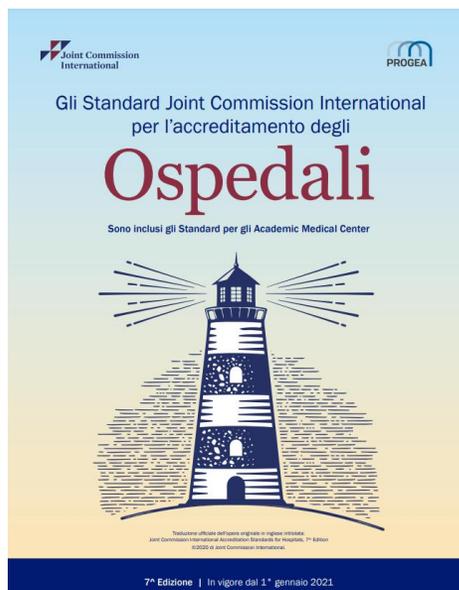
- **l'autore,**
- **la data,**
- **l'ora**



I RIFERIMENTI



STANDARD SPECIFICI PER LA CARTELLA CLINICA



Standard MOI.10

Nell'ambito delle proprie attività di monitoraggio e di miglioramento delle performance,
l'ospedale valuta regolarmente il contenuto delle cartelle cliniche.

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard IPSG.6

L'ospedale elabora e implementa un processo atto a ridurre il rischio di danno a seguito di caduta tra la popolazione di pazienti degenti.

l'ospedale implementa un processo per la **rivalutazione del rischio di caduta in tutti i pazienti degenti** che potrebbero sviluppare un rischio di caduta a causa di un cambiamento nelle loro condizioni o che sono già stati identificati a rischio di caduta **sulla base della valutazione documentata in cartella clinica.**



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ACC.2.2

All'atto del ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono educazione e orientamento sul reparto di degenza, informazioni sulle cure proposte, sugli esiti attesi del trattamento e sui costi presunti eventualmente a carico del paziente.

Queste informazioni possono essere fornite al paziente e ai familiari per iscritto o verbalmente, **annotando** però in cartella clinica **l'avvenuta informazione del paziente**



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ACC. 3

L'ospedale progetta e implementa processi atti a garantire la **continuità dei servizi sanitari offerti al paziente** al suo interno, il coordinamento tra i professionisti sanitari e l'accesso alle informazioni relative al percorso di cura del paziente.



La documentazione clinica del paziente è:

- a disposizione dei professionisti sanitari che sono autorizzati ad accedervi e che ne hanno necessità ai fini della presa in carico globale del paziente
- aggiornata al fine di garantire la comunicazione delle informazioni più recenti
- trasferita assieme al paziente presso un altro reparto o servizio all'interno dell'ospedale

I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ACC. 3.1

L'ospedale progetta e implementa un processo per la pianificazione della dimissione e per l'invio sulla base della dimissibilità del paziente.

Un **professionista qualificato responsabile del coordinamento** del percorso di cura del paziente è **identificato in cartella clinica** ed è disponibile **durante tutte le fasi della degenza**



**DIRETTORE /
RESPONSABILE U.O.**



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ACC. 4

L'ospedale progetta e implementa un processo per la **pianificazione della dimissione** e per l'invio sulla base della dimissibilità del paziente.

La pianificazione della dimissione e le **istruzioni fornite alla dimissione** sono documentate in cartella clinica e sono fornite al paziente per iscritto



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

La lettera di dimissione comprende i seguenti punti:

- Motivo del ricovero, diagnosi e comorbidità
- Obiettività fisica riscontrata e altri accertamenti significativi
- Procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite
- Farmaci somministrati durante il ricovero con potenziali effetti residui anche dopo la sospensione
- Tutti i farmaci da assumere al domicilio
- Condizioni/stato di salute del paziente al momento della dimissione
- Istruzioni di follow-up

Standard ACC. 4.2

Per tutti i pazienti ricoverati viene redatta una **lettera di dimissione completa**, di cui una copia è trattenuta in cartella clinica.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali

INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA



Standard ACC. 4.2.1

La **cartella clinica dei pazienti di pronto soccorso** riporta l'**ora di arrivo** e l'**ora di dimissione** dal pronto soccorso, le **conclusioni al termine del trattamento** di pronto soccorso, le **condizioni del paziente alla dimissione** e le **istruzioni per le cure di follow-up**.

I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali

INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ACC. 5.1

L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'ospedale inviante, il tutto documentato nella cartella clinica del paziente.

La relazione clinica contiene come minimo:

- lo stato di salute o le condizioni cliniche del paziente;
- le procedure e gli altri interventi eseguiti;
- i bisogni di prosecuzione delle cure o di assistenza continuativa del paziente.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali

INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard PCC. 1.3

L'ospedale istituisce un processo atto a garantire sia la **privacy** del paziente durante l'erogazione delle cure sia la riservatezza delle informazioni personali e **accorda al paziente il diritto di accedere alla propria documentazione sanitaria** nel contesto della normativa vigente e della cultura prevalente.

L'accesso alla documentazione sanitaria permette al paziente di:

- prendere decisioni migliori sulla propria salute,
- verificare e controllare l'adesione ai propri piani terapeutici,
- correggere eventuali errori presenti in cartella clinica
- monitorare i propri progressi nella gestione della patologia
- ecc.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

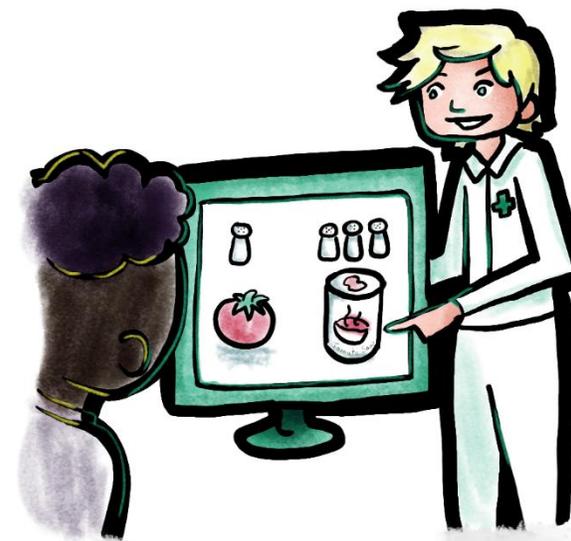
L'educazione è incentrata sulle **conoscenze e le abilità specifiche di cui avranno bisogno il paziente e i suoi familiari** per:

- prendere le decisioni di cura,
- partecipare al percorso di cura
- proseguire le cure presso il domicilio.

Tutto questo non ha nulla a che vedere con il flusso generale di informazioni tra gli operatori e il paziente che è informativo ma non educativo

Standard PCC. 5.1

Il **fabbisogno educativo**, la capacità e la volontà di apprendere di ciascun paziente sono valutati e documentati in cartella clinica.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP.1.2

I **bisogni di assistenza medica e infermieristica** del paziente sono **identificati sulla scorta delle valutazioni iniziali**, le quali sono completate e documentate in cartella clinica **entro le prime 24 ore dall'accettazione** in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi in funzione delle condizioni del paziente

L'esito primario delle valutazioni iniziali del paziente è la comprensione dei suoi bisogni di assistenza medica e infermieristica in modo da poter cominciare le cure e i trattamenti.



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP.1.2.1

La valutazione medica e infermieristica iniziale del **paziente di pronto soccorso** è basata sui suoi bisogni e sulle sue condizioni.

Nei casi di emergenza, le valutazioni mediche e infermieristiche iniziali possono limitarsi alle **condizioni e ai bisogni apparenti del paziente**.

Inoltre, nei casi in cui non vi sia il tempo materiale per registrare l'anamnesi e l'esame obiettivo completi di un paziente di pronto soccorso che necessita di **intervento chirurgico d'emergenza**, prima di procedere **si documentano quantomeno una nota sintetica e la diagnosi preoperatoria**



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali

INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP.1.3

L'ospedale ha adottato un processo per il **recepimento delle valutazioni mediche iniziali condotte** in regime ambulatoriale o in studi medici privati **precedentemente al ricovero** o alla procedura ambulatoriale.

Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima dell'esecuzione di una procedura ambulatoriale, **non hanno più di 30 giorni.**



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP.1.3

Valutazioni che hanno **30 giorni o meno**



sono registrati in cartella clinica i **cambiamenti significativi intervenuti** nelle condizioni del paziente oppure una nota di “nessun cambiamento”.

Valutazioni che hanno **più di 30 giorni**



si documenta un **raccordo anamnestico** e si **ripete l'esame obiettivo**



Le conclusioni di tutte le valutazioni eseguite fuori dall'ospedale sono riviste e/o verificate al momento del ricovero o prima dell'esecuzione di una procedura ambulatoriale.

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP.1.3.1

Una **valutazione medica preoperatoria** è documentata **prima dell'anestesia o del trattamento chirurgico** e comprende i bisogni:

- clinici,
- fisici,
- psicologici,
- sociali
- ed economici

del paziente, ivi compresi i bisogni alla dimissione.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP.1.4

Il paziente è sottoposto a uno **screening dello stato nutrizionale**, dei **bisogni funzionali** e di **altri bisogni speciali** e, se necessario, viene attivata la consulenza per ulteriori valutazioni e trattamenti.

Le **valutazioni specialistiche** condotte all'interno dell'ospedale sono **completate e documentate nella cartella clinica** del paziente.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard AOP. 2

Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli basati sulle loro condizioni e trattamento allo scopo di determinare la risposta al trattamento e di pianificare la prosecuzione delle cure o la dimissione

I risultati di queste rivalutazioni sono annotati in cartella clinica ad uso e informazione di tutti coloro che intervengono nella cura del paziente

La rivalutazione del medico è parte integrante della continuità delle cure fornite al paziente.

Il paziente acuto è valutato da un medico almeno una volta al giorno, compresi i fine settimana, e ogni qualvolta intervengano modificazioni significative nelle condizioni del paziente.

Alcuni pazienti non acuti potrebbero non necessitare di una rivalutazione medica quotidiana. L'ospedale identifica per iscritto le tipologie di pazienti per i quali non è necessaria la rivalutazione quotidiana.

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard COP.2

Esiste un processo atto a integrare e coordinare l'assistenza erogata a ciascun paziente, il quale prevede un **processo uniforme per la documentazione delle prescrizioni riguardanti la cura del paziente**



La **cartella clinica facilita** e, al tempo stesso, **riflette l'integrazione e il coordinamento delle cure**. In particolare, ogni professionista sanitario vi registra le proprie osservazioni, i trattamenti e le terapie.

Molte attività di cura del paziente necessitano della relativa **prescrizione** ad opera di un professionista qualificato, la quale **deve essere documentata in cartella clinica**. Affinché siano eseguite in maniera tempestiva, le prescrizioni per la cura del paziente **devono essere facilmente accessibili**.

I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard COP.2.1

Le **procedure** e i **trattamenti clinici e diagnostici** sono eseguiti e documentati così come prescritti e i relativi risultati o esiti sono registrati in cartella clinica.



La documentazione comprende il motivo della richiesta e le informazioni sul professionista sanitario che ha richiesto la procedura o il trattamento

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard COP.2.2

Per ogni singolo paziente viene elaborato e documentato un **piano di cura individualizzato**.

Il paziente e i suoi familiari sono coinvolti nel processo di pianificazione assieme all'equipe curante.

Il piano di cura è elaborato entro 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero.

Il piano di cura viene aggiornato sulla base della rivalutazione del paziente, in modo da riflettere l'evolversi delle condizioni cliniche del paziente.

Il piano di cura è evidente in cartella clinica tramite la documentazione ad opera dei professionisti sanitari che hanno preso in carico il paziente.

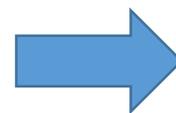
I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard COP.5

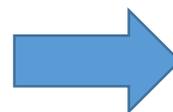
Sono disponibili diverse scelte di **alimenti, appropriati allo stato nutrizionale del paziente e coerenti con il suo trattamento clinico**



viene compilata in cartella clinica la **prescrizione della dieta** sulla base dello stato nutrizionale e dei fabbisogni nutrizionali del paziente.

Standard COP.5.1

I pazienti a rischio nutrizionale sono sottoposti a **terapia nutrizionale**.



La **risposta** del paziente **alla terapia nutrizionale è monitorata e documentata** in cartella clinica.

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

valutazione
pre-anestesiologica

Standard ASC.4

Un professionista sanitario qualificato esegue una **valutazione pre-anestesiologica e una valutazione pre-induzione.**

Le due valutazioni sono documentate in cartella clinica

Fornisce le informazioni necessarie per:

- identificare eventuali problemi alle vie aeree;
- selezionare il tipo di anestesia e pianificare il trattamento anestesiologico;
- somministrare in sicurezza l'anestetico sulla base della valutazione del paziente, dei rischi accertati e del tipo di procedura da eseguire;
- interpretare i risultati del monitoraggio del paziente durante l'anestesia e il risveglio;
- fornire informazioni sull'uso dell'analgesia postoperatoria.

I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali

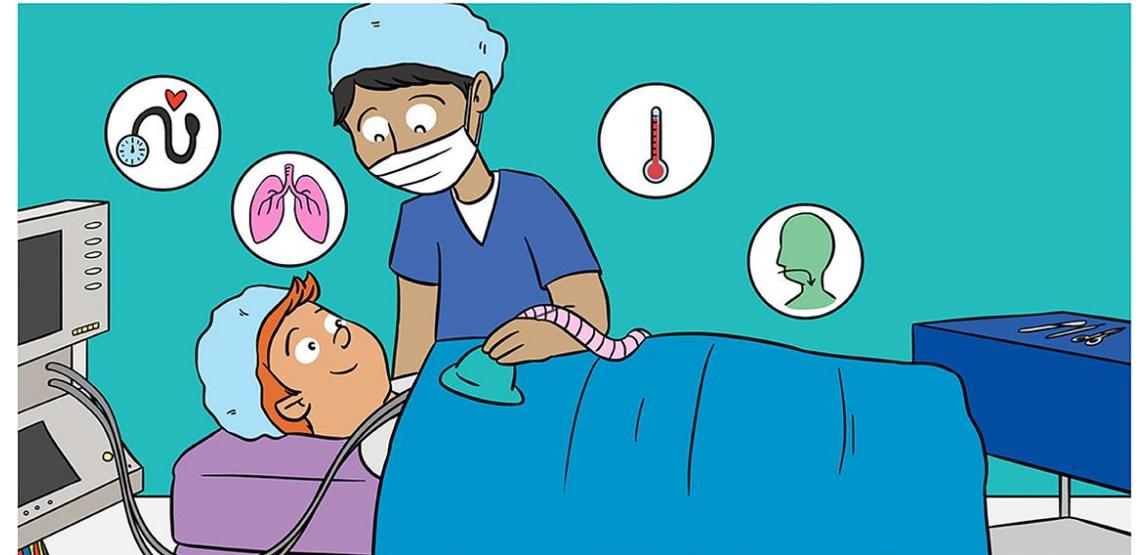


INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ASC.4

valutazione
pre-induzione

Si concentra sulla **stabilità dei parametri fisiologici** e sulla **idoneità del paziente all'anestesia immediatamente prima dell'induzione di anestesia**



In caso di somministrazione di anestesia per una **procedura d'emergenza**, la valutazione pre-anestesiologica e la valutazione pre-induzione **possono essere eseguite in rapida successione o in contemporanea, ma sono comunque documentate l'una separata dall'altra.**

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ASC. 5

Il **trattamento anestesiologicalo** di ciascun paziente e, laddove applicabile, la **terapia antalgica postoperatoria** sono **pianificati** e il piano di assistenza anestesiologicala è **discusso con il paziente** e/o chi ne fa le veci insieme a rischi, benefici e alternative ed è documentato in cartella clinica



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ASC. 6

Lo **stato fisiologico di ciascun paziente durante l'anestesia e l'intervento chirurgico** è **monitorato** secondo le linee guida per la pratica clinica ed è **documentato in cartella clinica**.



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ASC. 6.1

Le **condizioni post-anestesia** di ciascun paziente sono **monitorate e documentate** e il paziente è **dimesso dall'area di risveglio** da un professionista qualificato oppure **sulla base di criteri prestabiliti**

I **dati del monitoraggio** e l'**ora di inizio e fine del risveglio** siano documentati in cartella clinica



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ASC. 7

Il **trattamento chirurgico** di ciascun paziente è **pianificato** e **documentato** in base ai risultati della valutazione.

La sola indicazione del nome della procedura chirurgica non è una diagnosi!

Il trattamento chirurgico pianificato è documentato in cartella clinica, assieme a una diagnosi preoperatoria.

Il medico referente documenta in cartella clinica le informazioni emerse dalle valutazioni del paziente che sono state utilizzate per elaborare e supportare la procedura invasiva programmata

I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard ASC. 7.2

Le **informazioni relative all'intervento chirurgico** sono documentate in cartella clinica allo scopo di facilitare la continuità delle cure.



Verbale operatorio



I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali

INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard MMU. 4.2

L'ospedale identifica pratiche sicure per la prescrizione, la richiesta e la trascrizione delle terapie farmacologiche e definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni di terapia farmacologica.



Regolamento scheda unica di terapia

Regolamento Area sanitaria	Scheda di terapia unica	R-S-17 ed. 00 rev. 00 12 ottobre 2015
<input type="checkbox"/> originale <input checked="" type="checkbox"/> copia controllata informatica <input type="checkbox"/> copia controllata cartacea _____ N. _____ <input type="checkbox"/> copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ <input type="checkbox"/> bozza		
<p><small>Nel presente regolamento vengono stabiliti i requisiti per la corretta compilazione della scheda di terapia unica terapia, al fine di ridurre il rischio dell'insorgenza dall'evento sanitario morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.</small></p>		
<p>Redazione Rosaria Arena, C.L. U.O. Terapia del Dolore; Giuseppina Antonino, C.L. U.O. Chirurgia Vascolare; Carolina Calogro, C.L. U.O. Dermatologia; Alessandra Capace, C.L. U.O. Farmacia; Tommaso Castro, C.L. U.O. Cardiologia; Rosaria Condorelli, C.L. U.O. Polmonia P.S. Polmonico; Vincenzo Di Biasi, C.L. U.O. Cardiochirurgia; Annunella D'Urso, C.L. Clinica Ostetrica; Giuseppe Faraci, C.L. U.O. Modulo Dipartimentale Chirurgia 4; Sabatrice Gentile, C.L. U.O. Clinica Ostetrica; Carmela Grasso, C.L. Clinica Chirurgica; Giovanna Barresi, C.L. Servizio Infermieristico; Rosa La Maccusa, C.L. U.O. Ostetrica; Alessandra Maccusa, C.L. Istituto Patologia Ostetrica e Ginecologia Intraospedaliera; Giuseppe Novello, Dirigente Medico, U.O. Oncologia; Salvatore Santococo, Infermiere, Clinica Chirurgica; Giuseppina Pappalardo, C.L. U.O. Ematologia; Marcello Pezzano, C.L. Cardiologia; Silvana Principato, Infermiere, U.O. Neonatologia UFIN; Cesario Profeta, Dirigente Medico, U.O. Oculistica; Rosa Racihi, Responsabile Servizio Infermieristico PO G. Rodolico; Vito Riso, C.L. Laboratorio Analisi Centro Polivici; Carmelo Russo, C.L. Servizio Infermieristico; Giuseppina Scillone, C.L. U.O. Malattie Infettive; Salvatore Strano, C.L. U.O. Medicina; Angelo Vitale, Servizio Infermieristico PO Vittorio Emanuele; Antonino Trombetta, C.L. U.O. Cardiologia UFFC; Agata Trovato, C.L. U.O.C. Chirurgia Toracica; Maria Teresa Meli, Dirigente Medico Clinica Ostetrica; Rosalba Latino, dirigente medico UO Chirurgia generale a indirizzo oncologico.</p>		
<p>Verifica Vincenzo Parrinello, Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico</p>		
<p>Approvazione Francesco Basile, Santa Adèle Carini, Pietro Castellano, Francesco Di Rainondo, Carmelo Privitera, Antonino Rapisarda, Giuseppe Sessa, Mario Zappia.</p>		
<p>Ratifica Antonio Lazzara, Direttore Sanitario</p>		
U.O. per la Qualità e Rischio Clinico Via S. Sofia 79 95123 Catania	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania	

I RIFERIMENTI



Gli Standard Joint Commission International
per l'accreditamento degli

Ospedali



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard MMU. 6

I professionisti qualificati che sono autorizzati a somministrare i farmaci sono identificati e documentano i farmaci somministrati in cartella clinica



**Regolamento scheda
unica di terapia**

REGIONE SICILIANA		AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA		POUCUNICO "G. Rodolico - San Marco"		COGNOME E NOME:					Data di nascita:					Letto:																			
Unità Operativa di		Farmaco, dosaggio e forma per som. die		Firma per validazione del medico		Giorno																													
		TERAPIA INFUSIONALE/ENDOVENA		Orario data inizio Firma Medico		10/11					11/11					12/11					13/11					14/11									
						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ENDOVENA	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
	6																																		
	7																																		
	8																																		
	9																																		
LEGGENDA	P/ Prescrizione	1	Rifiuto Paziente	FASCE ORARIE	1	Ore 07.00-11.00	FIRMA	INFERM.																											
	/I/ Infusione continua	2	Digiuno		2	Ore 11.00-14.00																													
/S/ Sospensione + firma Medico	3	Assenza Reparto	3	Ore 15.00-17.00																															
X/ Somministrazione	4	Vomito	4	Ore 17.00-21.00																															
O/ Non Somministrato	5	Altro (nelle note	5	Ore 22.00-06.00																															
%/ In Possesso paziente																																			
INTRAMUSCOLO	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
SOTTOCUTE	1																																		
	2																																		
	3																																		
										FIRMA					INFERM.					NOTE															

I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard MOI. 2

L'ospedale assicura la **riservatezza**, la **sicurezza**, la **privacy** e l'**integrità di dati e informazioni** tramite processi per la gestione e il controllo dell'accesso a dati e informazioni

L'ospedale implementa i processi a garanzia che **soltanto le persone autorizzate inseriscano annotazioni in cartella clinica** coerentemente con il loro livello di autorizzazione



I RIFERIMENTI



INFORMAZIONI CHE VANNO DOCUMENTATE IN CARTELLA CLINICA

Standard MOI. 2.1

In caso di utilizzo di dispositivi mobili per lo **scambio di messaggi di testo, e-mail o altre comunicazioni di dati e informazioni riguardanti i pazienti**, l'ospedale implementa i processi atti a garantire la qualità delle cure del paziente e a preservare la sicurezza e la riservatezza delle informazioni personali.

L'ospedale istituisce i processi atti a garantire che i messaggi di testo e le e-mail scambiati su dispositivi mobili e contenenti dati e informazioni riguardanti le cure da prestare al paziente **siano documentati nella cartella clinica del paziente**

