

XXX GIORNATE CARDIOLOGICHE TORINESI

PRESIDENT
MAURO RINALDI

CO-PRESIDENTS
SEBASTIANO MARRA
FIORENZO GAITA

GIORNATE
CARDIOLOGICHE
TORINESI

TURIN,
October
25th-27th
2018

Starhotels Majestic



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO



SESSIONE INFERMIERISTICA

Cartella integrata: strumento operativo del governo assistenziale

Dott. U. Fiandra* Dott. Paolo Nazzareno^

***SC Qualità e Risk Management e Accreditamento – Direttore Dott. G. Fornero**

^SC DIPSA – Direttore Dott. M. Paleologo

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

American Hospital Medical Record Association

The medical record is the **who, what, why, when and how** of patient care during hospitalization.

Ministero della Sanità 1992

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.

Regione Lombardia



Manuale della Cartella Clinica.

«fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato».

LINEE DI GUIDA

17 GIUGNO 1992

Le funzioni della cartella clinica:

- costituire la base per programmare e garantire la continuità del trattamento del paziente;
- consentire la comunicazione fra gli operatori sanitari che partecipano alla cura del paziente;
- fornire la evidenza documentaria del decorso e della gestione di ogni degenza ospedaliera;

LINEE DI GUIDA

17 GIUGNO 1992

Le funzioni della cartella clinica:

- costituire la fonte dei dati a scopo di ricerca e di educazione sanitaria;
- costituire la base per la valutazione dell'assistenza sanitaria;
- consentire la tutela degli interessi legali del paziente, dell'ospedale e degli operatori sanitari.

J.C.A.H.O.

- Facilitare l'assistenza al paziente
- Fornire base informativa per scelte assistenziali razionali e integrazione di competenze polifunzionali
- Favorire miglioramento attività assistenziali

J.C.A.H.O.

- Consentire ricerca clinica
- Servire come fonte primaria per riconoscimento finanziario attività ospedaliera e per incombenze di tipo medico legale

Requisiti Cartella Clinica

Contenuto

Struttura

Valutazione

Requisiti Di Contenuto

Formato

fogli numerati ed intestati con: codice della cartella clinica, dati identificativi del paziente, il titolo del documento cui si riferisce.

Identificazione e composizione

anno di apertura + codice nosologico

Rispetto di criteri di:

Requisiti Di Contenuto

Rintracciabilità

Chiarezza

Accuratezza

Veridicità

Pertinenza

Completezza

Rintracciabilità

Possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Nella documentazione sanitaria per ogni singolo atto, devono essere identificabili: il momento dell'accadimento con data e ora; gli autori con denominazione, firma leggibile (nome e cognome riconoscibili). Se viene fatto riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, questi devono essere richiamati e referenziati.

Chiarezza

Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella clinica quali medici e altri professionisti sanitari.

Accuratezza

Ogni struttura di ricovero deve definire con apposito regolamento procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni:

- *controlli di qualità sui dati di laboratorio*
- *corrispondenza tra terapie prescritte e terapie somministrate,*
- *rilevazione e trascrizione dei parametri vitali*
- *corrispondenza tra esami strumentali prescritti ed esami eseguiti e refertati*

Veridicità

Tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi.

Non sono consentite cancellazioni o correzioni coprenti. Per errori commessi durante la stesura, si può tracciare una riga con inchiostro indelebile sulla scritta in modo che questa risulti comunque leggibile. Chi effettua le correzioni dovrebbe datarle e firmarle.

Pertinenza

Le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

Completezza

Ogni cartella clinica identifica in modo univoco un ricovero; viene aperta al momento dell'accettazione della persona assistita e chiusa, alla data di dimissione della stessa. In cartella clinica va allegato, quale parte integrante, un elenco di tutti i moduli e allegati presenti.

ITALIA POST-UNITARIA

- fine 1800, la documentazione sanitaria si arricchisce anche di informazioni sociali ed economiche
- inizio 1900 si delineano le responsabilità relative alla regolare compilazione e i criteri ed i luoghi di custodia della documentazione.

Guzzanti et al.

ITALIA POST-UNITARIA

- Legge 17/07/1890, n. 6972 assistenza ospedaliera obbligatoria (ad alcune categorie di cittadini)
- la documentazione sanitaria assume un ruolo che supera il dato clinico ed entra nell'ambito dell'assistenza sociale e delle competenze amministrative

Regolamento igienico sanitario Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma (1899)

«Ciascun infermo avrà la scheda cubicolare, dove insieme alla specifica dei dati personali di esso, dovrà essere indicata la diagnosi della malattia, tutte le particolarità degne di nota e le osservazioni più salienti in ordine alla malattia ed alla cura»

RD 16/08/1909, n. 615 obbligo agli Ospedali Psichiatrici

«.....di tenere un fascicolo personale per ciascun ricoverato nel quale debbono essere conservati i documenti relativi all'ammissione,...., la diagnosi e il riassunto mensile delle condizioni dell'alienato e gli atti relativi al licenziamento di esso per guarigione, o in esperimento o per altra causa.»

R.D. 30.09.1938, n. 1631

- *Art 24: il primario...cura, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta delle cartelle cliniche.....*

D.P.R. 128 del 1969

- *Art 5: 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*
- *Art 7: il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche.... e della loro conservazione fino alla consegna all'archivio centrale*

Circolare Ministero Sanità 17/6/1992

LINEE GUIDA COMPILAZIONE CODIFICA, GESTIONE SDO

La qualità e la esaustività nella compilazione della cartella clinica costituiscono un indispensabile prerequisito della capacità della SDO di rappresentare l'episodio di ricovero a cui la scheda si riferisce.

DETERMINAZIONE NUMERO: 457 DEL: 23 LUG. 2012
Codice Direzione: DB2000 Codice Settore: DB2016
Legislatura: 9 Anno: 2012

Oggetto

Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte.

Vista la D.G.R. n. 19-2561 del 5.9.2011 in materia di "Monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 6.8.2008. Modifiche delle DD.GG.RR. n. 7-13150 del 1.2.2010 e n. 8-11705 del 6.7.2009" che prevede innovazioni circa le verifiche istituzionali da attivarsi sui dimessi nell'anno 2011;

Preso atto che devono essere oggetto di specifici monitoraggi le prestazioni di ricovero selezionate a livello regionale sulla base di precisi parametri di riferimento, al fine di verificare la qualità della compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, su base campionaria, nei singoli istituti di ricovero, in confronto alle relative cartelle cliniche;

Valutata... l'esigenza di apportare al sistema dei controlli uno strumento di valutazione in merito alla corretta gestione della cartella clinica....

Ritenuto ... di dover supportare l'attività di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri con l'allegato documentoal fine di fornire chiare indicazioni sulla corretta tenuta della cartella clinica

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 art. 4 comma 2 (Gelli-Bianco)

La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro **sette giorni** dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, **fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico**; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il **termine massimo di trenta giorni** dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro **novanta giorni** dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private **adeguano i regolamenti interni** adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

art. 1 comma 3

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. **Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.**

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

art. 1 comma 4

Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

art. 1 comma 4

Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, **l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.**

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

art. 2 comma 3

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1.....

2.....

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

art. 4 comma 7

Disposizioni anticipate di trattamento

1.....

2.....

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

art. 5 comma 4

Pianificazione condivisa delle cure

1.....

2.....

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico..

DSE / FSE

Allegato A al provvedimento del Garante del 4 giugno 2015

- 1) DSE – L'insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'interessato, messi in condivisione logica dai professionisti sanitari che lo assistono, al fine di documentarne la storia clinica e di offrirgli un migliore processo di cura. Tale strumento è costituito presso un organismo sanitario in qualità di unico titolare del trattamento (es., ospedale o clinica privata) al cui interno operino più professionisti**
- 2) FSE – È l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.**

Cartella integrata

Messaggi da portare a casa

- 1) Documento multimediale
- 2) Documento redatto da professionisti abilitati a farlo
- 3) Integrazione multi professionale
- 4) Integrazione multidisciplinare
- 5) Interconnessione spaziale e temporale