



Procedura Gestione Cartella Clinica: Compilazione Custodia e Rilascio

	Cognome e Nome	Firma
COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO	Dirigente Medico Dott.ssa Vanessa Serafini	 VANESSA SERAFINI 28.08.2024 11:31:46 GMT+02:00
	SC Direzione Medica Unica di P.O. Dirigente Medico Dott.ssa Paola Sechi	 PAOLA SECHI 10.09.2024 09:44:16 GMT+02:00
	SC Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento Assistente Sanitaria Silvia Prasciolu	
	SC Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento Dirigente Medico Dott.ssa Valeria Pisano	 VALERIA PISANO 05.09.2024 09:18:45 GMT+02:00
	SSD Risk Management e Qualità Dirigente Medico Prof. Fabio Medas	
SC Chirurgia Generale Coordinatrice Dott.ssa Milena Pisu		
SC Chirurgia Generale		

	Cognome e Nome	Unità di appartenenza	Firma
Approvazione Scientifica	Direttore Medico Sostituto Dott.ssa Cinzia Aresu	SC Direzione Medica Unica di Presidio Ospedaliero	 CINZIA ARESU 22.08.2024 13:04:03 GMT+02:00
	Responsabile Dott.ssa Monica Pedron	SSD Risk Management e Qualità	 PEDRON MONICA Regione Autonoma della Sardegna 22.08.2024 17:38:35 GMT+02:00
	Direttore Prof. Piergiorgio Calò	Dipartimento di Chirurgia	PIETRO GIORGIO CALO' 02.09.2024 11:29:37 UTC
	Direttore Dott.ssa M. Rita Pinna	SC Direzione Infermieristica, Ostetrica e Tecnica delle Professioni Sanitarie	Firmato digitalmente da Pinna Maria Rita Data: 2024.09.27 12:23:13 +0200 versione di Adobe Acrobat Reader 2024.003.20054 Pinna Maria Rita
Approvazione Metodologica	Direttrice Dott.ssa Paola Racugno	Presidente Gruppo Aziendale Tecnico (SC Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento)	Dott.ssa Paola Racugno Firmato digitalmente da Dott.ssa Paola Racugno Data: 2024.08.22 12:21:36 +0200

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0		Prima emissione (data delibera)
1		



INDICE

1. Oggetto e scopo
 - 1.1. Oggetto
 - 1.2. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Riferimenti
4. Definizioni e Abbreviazioni
5. Responsabilità
6. Responsabilità diffusione procedura
7. Modalità operative
 - 7.1 Stesura
 - 7.2 Consultazione
 - 7.3 Custodia
8. Documentazione della Cartella Clinica
9. Allegati
 - Allegato 1 Indicazioni su compilazione cartella clinica
 - Allegato 2 Check list contenuti della cartella clinica
 - Allegato 3 Modulo Richiesta Consultazione Documentazione Sanitaria (Rev. 0 del 08.03.2023)
 - Allegato 4 Modulo Richiesta archiviazione documentazione sanitaria (Rev. 0 del 06.02.2023)
 - Allegato 5 Elenco (non esaustivo) della documentazione di cui deve essere corredata la cartella clinica (Documentazione comune a tutte le strutture e Documentazione specifica)
 - Allegato 6 Documentazione che non fa parte della cartella



DISTRIBUITO A

Direzione Sanitaria Aziendale
Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri
Tutte le Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali dei DAI

1. OGGETTO E SCOPO

1.1. Oggetto

La cartella clinica, secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, è un atto pubblico di fede privilegiata che non solo ha scopi clinici per l'assistenza, per una valutazione dell'efficacia delle cure o come tramite di informazione tra i vari operatori o per rilievi statistici e scientifici, ma anche medico-legali ed economico-amministrativi di notevole importanza. Inoltre, riporta dati sensibili, e perciò, è sottoposta alla legislazione per la tutela della privacy in particolare al "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Decreto legislativo n. 196 del 30/6/2003 e Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali GDPR 679/2016).

Una cartella clinica compilata in modo corretto, accurato, leggibile e redatta tempestivamente, ha una maggiore probabilità di ridurre il rischio clinico e permettere di osservare outcome migliori.

La cartella clinica deve contenere tutti gli elementi che consentano una completa ed esaustiva valutazione dell'attività svolta durante il ricovero e deve rispondere ai requisiti di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, completezza, contestualità degli aggiornamenti, ordine cronologico di esposizione, correttezza formale, congruenza tra cartella medica e infermieristica.

La completezza della Cartella Clinica (CC) è un indicatore della qualità delle cure erogate, per questo la valutazione regolare del contenuto rientra nelle attività di miglioramento continuo, poiché *"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"* (LG 17 giugno 1992).

Alla redazione della cartella clinica concorrono tutti coloro che hanno contatti col paziente, ciascuno per la propria parte di competenza e funzione.

Tenendo conto della normativa vigente, che regola la stesura e la successiva gestione della cartella clinica, con questa procedura si vuole porre l'attenzione sui seguenti aspetti:

1. Compilazione
2. Conservazione
3. Archiviazione e Rilascio

con riferimento anche a:

Normativa sulla Privacy

Segreto professionale.

Finalità del documento

La cartella clinica riveste un notevole ruolo documentativo e, rispetto alle diverse finalità, possiamo distinguere due definizioni specifiche:

a) **Sanitaria**: la cartella clinica rappresenta una raccolta di notizie riguardanti il paziente nei riferimenti anamnestici, obiettivi, terapeutici e dietetici, raccolte dai medici curanti e destinate soprattutto alla diagnosi ed alla cura; subordinatamente allo studio, alla ricerca scientifica ed all'insegnamento.

b) **Giuridica**: la cartella clinica costituisce un atto pubblico di fede privilegiata in quanto: - Proviene da un pubblico ufficiale o da un pubblico dipendente incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; - Trattasi di un documento originale che costituisce la fonte prima ed autonoma di quanto in essa contenuta; - I fatti e le attestazioni di scienza che in essa figurano hanno rilevanza giuridica perché produttivi del diritto del paziente di essere assistito e dello Stato di assisterlo.

Qualità del documento

I documenti e le informazioni riportate in cartella, che quindi costituiscono nell'insieme il fascicolo "cartella clinica", devono rispondere a criteri di:



- **Rintracciabilità:** possibilità di poter risalire a chi ha richiesto o eseguito una data prestazione e alla relativa documentazione durante tutte le fasi del ricovero. Per ogni singolo atto il documento deve riportare la data e la firma leggibile dell'autore **con numero di matricola o timbro**. Per ogni situazione non routinaria oltre alla data va riportata l'ora (momento dell'accadimento).
- **Chiarezza:** riguarda la grafia (il testo deve essere chiaramente leggibile) e l'esposizione (il testo deve essere comprensibile da coloro che utilizzano la cartella clinica e non dare adito a diverse interpretazioni). L'uso di sigle esige una legenda delle stesse al loro primo uso in cartella.
- **Accuratezza:** devono essere definiti procedimenti atti a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro registrazioni (esempio: corrispondenza tra terapie prescritte e terapie somministrate, tra esami prescritti ed esami eseguiti/refertati, **anagrafica corretta riportata con data di nascita in ogni singolo modulo**, etc.);
- **Veridicità:** tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella contestualmente al loro verificarsi, debbono essere veritieri e corrispondenti ai dati oggettivi rilevati e agli accadimenti come si sono verificati. Non va mai usato il correttore (bianchetto) e non sono consentite cancellazioni con gomma. Per errori commessi all'atto della stesura si può tracciare una riga sulla scritta in modo tale che essa risulti comunque leggibile. Per errori od omissioni rilevati in epoca successiva è necessario porre una annotazione che dia esplicitamente atto, accompagnata da data di stesura e firma dell'autore;
- **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:** presenza di tutte le parti obbligatorie previste (elementi essenziali ed allegati) e dei relativi dati obbligatori.

Ciclo di vita del documento

Alla **compilazione** della cartella clinica concorrono tutte le figure professionali che sono coinvolte nel processo di cura del paziente, ciascuna per la propria parte di competenza e funzione.

Una CC compilata correttamente deve raccogliere in ordine cronologico tutti i dati anagrafici, anamnestici, clinici, diagnostici e terapeutici, tutte le prescrizioni ed ogni altra notizia ritenuta rilevante per la salute del paziente e la completezza del documento deve riguardare ogni sua parte.

Il dettato normativo del D.P.R. 128/69, il D.P.R. 129/69 ed l'art. 24 del D.M. 5/8/77 individuano rispettivamente nel Primario, nel Direttore della clinica universitaria o medico operante presso case di cure private i responsabili "della regolare compilazione della cartella, dei registri nosologici e della loro conservazione".

La **chiusura** della cartella clinica deve essere effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita, compatibilmente col tempo necessario per raccogliere i referti di esami non ancora pervenuti al momento della dimissione. Contestualmente alla chiusura deve essere compilata la SDO, parte integrante della cartella clinica e con la stessa valenza medico-legale, oltre che costituire una sintetica registrazione del ricovero di carattere amministrativo e di riconoscimento tariffario. La SDO deve tenere conto anche dei referti che vengono acquisiti dopo la dimissione del paziente e di quegli esami eventualmente praticati in pre-ospedalizzazione.

La chiusura comporta la redazione della lettera di dimissione e anche l'ordinamento cronologico per tipo di documentazione delle parti costituenti la CC.

Il DM 380/2000 art 2 comma 3, stabilisce che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal Responsabile della Struttura Complessa/Semplice Dipartimentale dalla quale il paziente è dimesso, la scheda di dimissione deve riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione oltre che del Direttore/Responsabile.

Una cartella clinica e relativa SDO senza la firma del Responsabile/Direttore della Struttura (ovvero del reparto dove è avvenuto il ricovero) costituisce un **atto incompleto**.

La **conservazione**. La corretta gestione della CC ne include anche una adeguata conservazione, sia durante il tempo di "apertura" del documento, sia successivamente alla "chiusura".

La legge sulla privacy comporta inoltre una particolare attenzione nella **custodia** della documentazione clinica. Numerose sono le figure deputate alla conservazione della Cartella Clinica, esse variano a seconda del momento, il Direttore della Struttura (ovvero dell'unità operativa) e il Direttore Sanitario sono le figure



maggiormente coinvolte.

Il D.P.R. 128/69 (art.7) stabilisce la responsabilità del Direttore di U.O. sulla conservazione della cartella clinica fino all'invio presso gli archivi centrali. Tale responsabilità è condivisa dal personale infermieristico ai sensi dell'art. 1 lett.B del D.P.R. 14/3/74 n. 225.

Il Direttore della Struttura deve garantire sia l'integrità della documentazione (non manomissione, non danneggiamento, non smarrimento), sia l'accessibilità ai soli aventi diritto ed è responsabile in toto fino alla consegna della cartella alla Direzione Sanitaria. Il Direttore può delegare a propri collaboratori – medici e infermieri – il compito di curare la custodia delle CC, dal momento della sua apertura e per tutto il tempo di permanenza in reparto (compresi eventuali spostamenti in altre strutture/reparti/servizi in modo temporaneo), fino alla consegna alla Direzione Sanitaria. (Decreto Legislativo Privacy n. 101/2018)

Il Direttore Sanitario è responsabile della custodia della documentazione clinica dal momento in cui questa perviene dal reparto per l'**archiviazione**, riveste la qualifica di responsabile del trattamento dei dati personali sensibili e deve garantire sia l'integrità della documentazione (non manomissione, non danneggiamento, non smarrimento), sia l'accessibilità ai soli aventi diritto.

La Direzione Sanitaria deve mantenere apposito archivio autonomo dove archiviare la documentazione sanitaria. **L'archiviazione deve riguardare le cartelle chiuse e, come tali non suscettibili di modifiche.** Si applicano all'archiviazione delle cartelle cliniche le norme in materia archivistica (Decreto Legislativo 22 gennaio 2004 n.42) e quelle in tema di tutela della privacy (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 - Regolamento sulla protezione dei dati).

L'obbligo di conservazione è così disciplinato:

1. fino a quando non sarà completato il processo di digitalizzazione, la cartella dovrà essere conservata in luoghi appropriati, che non siano accessibili ad estranei e che non siano soggetti ad alterazioni climatiche;
2. l'obbligo di conservazione della cartella è illimitato nel tempo, considerato che le stesse cartelle rappresentano un atto ufficiale.

Il **rilascio**. Come qualunque altro documento amministrativo per cui può essere richiesto il **rilascio**, il paziente ha diritto a prendere visione durante tutto il periodo di ricovero e/o, una volta dimesso, a richiedere una copia della propria cartella clinica secondo quanto previsto dalla Legge 241/90 e sue successive modifiche. Gli aventi diritto sono:

- Il paziente, diretto interessato
- Le persone fornite di delega conformemente alla disposizione di legge
- Coloro che esercitano la potestà genitoriale o tutori/curatori nel caso di minori o incapaci assoluti/relativi muniti di adeguata documentazione legale ed eventuale delega
- Gli eredi legittimari del paziente deceduto muniti di adeguata documentazione legale/ autocertificazione attestanti la propria relazione di parentela
- Soggetti appartenenti al servizio pubblico (compreso il medico curante con espressa delega)
- Gli enti previdenziali (INAIL)
- Autorità giudiziaria.

Le **responsabilità correlate al documento**. In conclusione, [omissis] il quadro normativo di riferimento attribuisce al Direttore Sanitario il compito di vigilare sull'"archivio delle cartelle cliniche", della cui "regolare compilazione" risponde invece il Primario (attuali direttori di struttura). Sulla veridicità dei dati contenuti nella cartella clinica sarà chiamato a rispondere il medico che ha avuto in cura il paziente, il quale rileva e registra in cartella – con poteri certificativi – il percorso diagnostico terapeutico del paziente avendone avuto diretta e personale contezza. Parimenti, la corretta compilazione della SDO e la codifica delle informazioni sanitarie in essa contenute, anche ai fini della corretta applicazione dei DRG, è demandata al medico responsabile della dimissione individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. [omissis]



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

AOU Cagliari

Procedura
Codice
identificativo

**DMPO - Governo Clinico- Professioni
Sanitarie - Risk Management - DAI Chirurgia**

REV. n. del
Pag. 6 di 30

Pertanto, analizzando l'exkursus temporale legislativo e giurisprudenziale, emerge che la reale responsabilità del Direttore Sanitario ricade sull'archiviazione delle cartelle cliniche e sulla verifica della compilazione, completezza e congruità della SDO a cui segue trasmissione dei dati alla Regione. [omissis]
(ANMDO, Ospedale numero 4/2016)



1.2 Scopo

Costruzione di un criterio univoco e di un documento ufficiale sulle modalità di strutturazione e compilazione della cartella clinica, definizione dei comportamenti omogenei da parte di tutte le Strutture (Complesse e Semplici Dipartimentali) Aziendali sulla modalità di custodia e archiviazione della Cartella Clinica, e indicazioni sulle modalità di consultazione delle CC, ad integrazione del modulo di “Richiesta Consultazione Documentazione Sanitaria” redatto dalla Direzione Medica di Presidio e trasmesso a tutti i Direttori di SSCC e SSSSDD con nota PG 2023/3663 del 10.02.2023 con le indicazioni per la compilazione e l’inoltro alla Direzione.

Stante le finalità della CC, di seguito riportate:

- finalità medico-legale: testimonianza dell’organizzazione dei servizi diagnostico-terapeutici e assistenziali svolti per il paziente
- strumento di gestione: finalità epidemiologiche e prevenzione; valutazione e controllo qualità delle cure; contenimento della spesa sanitaria; base informativa del Risk Management, e le seguenti funzioni:
 - essere base informativa
 - consentire la rintracciabilità
 - facilitare l’integrazione delle competenze multiprofessionali
 - creare una fonte informativa
 - permettere l’esercizio dei diritti e tutela degli interessati,

si può definire che lo scopo di questa procedura è dare indicazioni su:

1. Corretta compilazione della cartella clinica
2. Catena della custodia della cartella clinica
3. Modalità di richiesta per consultazione e/o rilascio di copia conforme della cartella clinica

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura interessa tutte le Strutture (Complesse e Semplici Dipartimentali) Aziendali che effettuano ricoveri (ordinari, day hospital, day surgery, PS) e/o utilizzano le cartelle cliniche a scopo di studio/ricerca, l’Archivio Cartelle Cliniche e la Direzione Medica.

3. RIFERIMENTI

Normativa nazionale

1. Regolamento Generale Sanitario del 1901
2. DPR 27/3/1969 n. 128 (art. 5 +art. 7)
3. DPR n.225 del 14 marzo 1974 (abrogato con L.42/99)
4. Legge 833/78
5. Cass. Sez. V, 21.02.1983 n.161097
6. D.P.C.M. 27 giugno 1986
7. Codice di Deontologia Medica (2014 e successivi aggiornamenti)
8. Decreto del Ministero della Sanità 28.12.1991: “Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera”
9. Legge n.412 del 30 dicembre 1991
10. Linee guida del Ministero della Sanità 17 giugno 1992 “la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera”
11. D.M. n°739/94 Profilo Professionale dell’Infermiere
12. Codice Deontologico dell’Infermiere (2019)
13. Cass. Sez., 26.11.1997, n. 209682



14. Legge 42/1999 "Disposizione in materia di professioni sanitarie"
15. Legge 251/2000 Disciplina delle PROFESSIONI SANITARIE
16. DM 27.10.2000 Regolamento sui Flussi dimessi
17. Cass. 2.9.2008 n. 242103, in senso conforme Cass. 4.9.220
18. Cass. Pen. Sez. feriale, 07.11.2008, n. 41824
19. Cass. pen. Se. feriale, (ud.04.09.2008) 12.11.2008, n. 42166
20. REGIONE LAZIO "La gestione della Cartella Clinica ed il rispetto della privacy" (2009)
21. Raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Sanità prevenzione per la morte e danno derivati da errori in terapia farmacologica
22. Decreto Legislativo 22 gennaio 2004 n. 42 "Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002 n. 137"
23. Decreto 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche"
24. Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (Legge Gelli-Bianco)
25. Legge 22 dicembre 2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (G.U. Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018)
26. Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

Normativa regionale

1. Deliberazione RAS n. 4/60 del 16.02.2023 "Indirizzi strategici all'ARES e alle Aziende Sanitarie sui controlli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri"
2. Deliberazione di Giunta Regionale del 01 giugno 2023, n. 19/61 – [Adozione aggiornamento delle "Linee di indirizzo per il percorso sicurezza in chirurgia". Modifiche alle Delib. G.R. n. 40/27 del 7.8.2015 e n. 44/35 del 5.9.2018. Deliberazione del Direttore generale ARES n. 306 del 27.12.2022"] - Allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale del 01 giugno 2023, n. 19/61

Riferimenti Aziendali

1. Deliberazione n.127 del 02.02.2024 Approvazione della "Procedura controlli interni cartelle cliniche"
2. Deliberazione n.174 del 16.02.2024 Approvazione della "Procedura Applicazione della SISPAAC scheda integrata per la sicurezza del paziente chirurgico in AOU Cagliari" delle UU.OO. di Chirurgia.
3. Nota della Direzione Medica dei PP.OO. PG 2023/3663 del 10.03.2023 "Richiesta consultazione documentazione sanitaria - Trasmissione modulo (Rev. 0 del 08.03.2023)

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

CC Cartella/e Clinica/e

DMPO Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri

GAT Gruppo Aziendale Tecnico

LG Linea/e Guida

SDO Scheda di dimissione ospedaliera

SC SSCC Struttura/e Complessa/e

SSD SSSD Struttura/e Semplice/i Dipartimentale/i

PS Pronto Soccorso

GDPR Regolamento generale sulla protezione dei dati

AOU Azienda Ospedaliera Universitaria



5. RESPONSABILITÀ

Attività/Funzione	Medico SC/SSD	Medico responsabile Dimissione	Direttore della SC/SSD	Coordinatore	Infermieri/Ostetriche	Direttore Medico dei Presidi	Operatori Archivio P.O.
Compilazione Cartella Clinica Medica	R	C	C				
Compilazione Cartella Clinica Infermieristica/Ostetrica		I	I	C	R		
Compilazione e firma SDO		R	C				
Firma SDO			R				
Custodia della Cartella Clinica nelle SC o SSD			R	C			
Custodia Cartella Clinica Archivio			I*			R	
Richiesta CC per consultazione (es. a scopo studio/ricerca)	C		R			I	
Autorizzazione alla consultazione	C		I			R	C
Consegna CC per consultazione	C		I			I	R
Restituzione CC all' Archivio	R		I			I	C
Archiviazione CC						I	R

*Riscontro della consegna all'archivio esterno

6. RESPONSABILITÀ DIFFUSIONE PROCEDURA

Attività / Professionalità	Gruppo di lavoro	DMPO	GAT	Direzione Generale	Direttori/Responsabili SC SSD
Compilazione procedura	R	C	I		
Approvazione GAT	I	I	R	I	
Deliberazione della Direzione Generale	I	I	C	R	
Diffusione della procedura deliberata ai Direttori/Responsabili di tutte le Strutture		R		I	C
Diffusione della procedura a tutto il personale sanitario di tutte le Strutture		I		I	R
Eventuali revisioni	R	C	I		

Nella tabella sopra riportata vengono descritte le attività e le professionalità coinvolte nella procedura: chi è responsabile di una specifica attività viene indicato con **R**, chi è coinvolto/collabora viene indicato con **C** (perché fornisce un contributo e/o informazioni essenziali allo svolgimento dell'attività stessa in cui è coinvolto). Nel riquadro delle attività è indicato anche **come e da chi sono effettuate la diffusione, la revisione e l'archiviazione delle procedure**



7. MODALITA' OPERATIVE

Sulla base di quanto sinora definito, in particolare al paragrafo 2) della presente procedura, si possono descrivere, come di seguito indicate, le modalità operative per la stesura, la consultazione e l'archiviazione delle CC.

7.1 STESURA

FASE A Apertura del ricovero (ovvero ammissione del paziente assistito), costituita da:

A1 Apertura della cartella clinica con l'inserimento dei dati anagrafici di identificazione della persona assistita, comprendendo anche i dati relativi al medico di fiducia, di medicina di base, e quelli, se il paziente li indica, di eventuali persone/congiunti di riferimento, e assegnazione del numero di nosologico; con l'inclusione, inoltre, di una fotocopia di un documento di identità.

A2 Inquadramento iniziale del paziente per rilevare gli elementi utili per fornire una assistenza adeguata, comprendenti dunque il *documento di proposta del ricovero* o il *verbale del pronto soccorso*, che definiscono la motivazione del ricovero identificando le problematiche cliniche attuali del paziente che hanno determinato il ricorso al ricovero (sintomi, condizioni, diagnosi o sospetto diagnostico); l'*anamnesi* (familiare, remota e prossima), volta anche alla identificazione di aspetti sociali e psicologici, utili all'inquadramento generale del paziente e al complesso dei suoi bisogni; l'*esame obiettivo*, finalizzato alla valutazione clinica dei sistemi e degli apparati correlati al motivo del ricovero ed esteso ad altri, eventualmente, se dovessero scaturire dall'anamnesi o da indagini cliniche.

A3 Ipotesi diagnostiche e pianificazione del processo di cura: dall'inquadramento clinico scaturiscono le ipotesi diagnostiche, sulla base delle quali vengono individuate le appropriate procedure diagnostiche, terapeutiche, assistenziali e, eventualmente, riabilitative, che costituiscono il processo di cura.

FASE B Processo di cura che comprende:

B1 Pianificazione del processo di cura e di assistenza, ovvero l'insieme delle procedure, diagnostiche terapeutiche e assistenziali e riabilitative che definiscono il percorso diagnostico-terapeutico dell'assistito.

B2 Decorso del ricovero, che risulta costituito da tutta la documentazione di seguito indicata:

- Il **Diario Clinico**, ovvero tutte le annotazioni, almeno una per giorno di degenza, il cui compilatore deve essere identificabile, che deve riportare in modo accurato e contestuale al loro accadimento le informazioni relative al decorso clinico del paziente ma anche i risultati delle prestazioni effettuate e le decisioni terapeutiche prese.
- Il **Foglio Unico di Terapia Farmacologica**, che raccoglie i dati relativi alle prescrizioni, alle somministrazioni e anche alle mancate somministrazioni, e agli eventuali eventi avversi.
- Eventuali **Prescrizioni Nutrizionali**, in caso di dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, con relative modifiche e avvenute somministrazioni.
- La **Rilevazione dei parametri vitali**.
- I **Referti** e le **Consulenze**, raccolti in originale in ordine cronologico e per tipologia
- Il **Verbale Operatorio**, in caso di interventi chirurgici o di procedure diagnostiche invasive.
- La **Documentazione Anestesiologica**, che comprende la valutazione pre-operatoria e pre-anestesia, la scheda anestesiologica e la valutazione post-operatoria.
- I **Consensi all'intervento e/o alle procedure diagnostiche**, firmati sia dal medico che somministra il consenso e sia naturalmente dall'assistito
- La **Check list di sala operatoria** e la **Scheda Contagiarze**.

FASE C Chiusura del ricovero (Dimissione della persona assistita), che comprende:

- La **valutazione finale**, ovvero la descrizione della situazione clinica con eventuali problematiche non ancora risolte, la diagnosi e lo stato della persona assistita al momento della dimissione;
- La **lettera di dimissione**, redatta dal medico che ha avuto in cura l'assistito da consegnare in originale



e firmata al paziente al momento della dimissione mentre una copia deve essere conservata in cartella, deve fornire tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico-terapeutico, il decorso clinico, le indicazioni sul prosieguo delle terapie, le modalità di esecuzione di esami e/o visite di controllo e di altre attività connesse al ricovero;

- La Scheda di Dimissione Ospedaliera, che deve essere compilata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione, dal medico dimettente e deve essere firmata dal medico dimettente e dal Direttore/Responsabile della Struttura
- La Chiusura della Cartella Clinica, anche questa da effettuarsi nel più breve tempo possibile dopo la dimissione, compatibilmente con il tempo necessario per raccogliere i referti di esami effettuati durante il ricovero, non pervenuti al momento della dimissione, e per la compilazione della SDO. La chiusura comporta anche la sistemazione in ordine cronologico per tipo di documentazione delle varie parti che costituiscono la cartella. Il Direttore/Responsabile della Struttura in cui è avvenuto il ricovero, prima di consegnare la CC alla Direzione Sanitaria per la sua archiviazione, deve apporre timbro e firma attestandone la completezza.

FASE D Documenti Allegati, relativi alle prestazioni effettuate:

- Esami eseguiti in pre-ricovero
- Documenti relativi a prelievo di organi e trapianti
- Documenti relativi a impianti di presidi medico-chirurgici
- Documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati
- Documenti relativi alla programmazione della continuità delle cure
- Risultato di eventuale riscontro autoptico
- Copia della documentazione personale del paziente.

FASE E Documentazione di altri professionisti sanitari

Tutti i profili professionali

FASE F Contenuto della Cartella Infermieristica, strumento, parte integrante della cartella, mediante il quale l'infermiere documenta il processo di assistenza infermieristica relativa alla persona, i rilievi effettuati e le informazioni raccolte, la cui struttura prevede le seguenti sezioni:

- Raccolta dati anagrafici e Anamnesi infermieristica
- Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e i relativi obiettivi
- Pianificazione
- Documentazione delle prestazioni erogate
- Diario infermieristico
- Valutazione dei risultati
- Allegati della cartella infermieristica: schede finalizzate a contenere dati utili all'attività assistenziale, come per esempio le schede per la valutazione del rischio di lesioni da decubito e di monitoraggio della loro evoluzione, le schede di rilevazione e controllo del dolore, la scheda di collegamento*/dimissione (* per la trasmissione di informazioni e dati rilevanti da compilare quando esiste la necessità di una continuità assistenziale o di trattamento (per esempio in caso di trasferimento in altre strutture, a domicilio o ADI) etc.

7.2 CONSULTAZIONE

In data 13/12/2018 il Garante ha emanato il Provvedimento che individua le prescrizioni contenute nelle Autorizzazioni generali nn. 1/2016, 3/2016, 6/2016, 8/2016 e 9/2016 che risultano compatibili con il Regolamento e con il D. Lgs. N. 101/2018 di adeguamento del Codice - 13 dicembre 2018.

Anche la mera consultazione di documentazione medica è un trattamento di dati personali, occorre conformarsi con rigore alla disciplina risultante dal GDPR e dal D.Lgs. 101/2018. In particolare, la disciplina si ricava dall'art. 89 del GDPR, dagli artt. 106, 107 e 110 del Cod. Privacy, dal provvedimento 13/12/2018.



In riferimento a ciò con la nota PG/2023/3663 del 10.03.2023, la DMP, al fine di uniformare le richieste di consultazione della documentazione sanitaria custodita negli archivi e per tracciare tutti gli spostamenti delle CC, ha redatto e trasmesso a tutte le Strutture il “Modulo Richiesta Consultazione Documentazione Sanitaria” (vedi Allegato n°3), che consta di due parti:

- La prima parte è relativa alla **richiesta**, in cui va specificato, oltre al tipo di documentazione, anche lo scopo, il nominativo del medico strutturato di riferimento e i nominativi dei partecipanti alla consultazione, il tutto firmato dal Direttore della Struttura richiedente;
- La seconda parte è relativa invece alla fase di **restituzione**: le cartelle cliniche dovranno essere restituite entro max 30 giorni. Eventuali richieste di proroga dovranno essere comunicate compilando la parte relativa alla stessa, sempre presente nel modulo di cui all’oggetto, per essere autorizzata.

Una volta ricevuta la richiesta e autorizzata la DMP la inoltrerà all’archivio, se le cartelle sono custodite in archivio o del P.O. Duilio Casula o del P.O. San Giovanni di Dio, o alla Ditta appaltatrice che gestisce l’archivio storico esterno.

Seguiranno, una volta ricevuta la documentazione richiesta, la comunicazione e la formalizzazione della consegna con firma di chi riceve data e ora in apposito modulo.

7.3 CUSTODIA

La corretta gestione della CC include anche una adeguata conservazione, sia durante il tempo di “apertura” del documento, sia successivamente alla “chiusura”, e una corretta archiviazione, che deve riguardare cartelle chiuse, ovvero firmate e timbrate (compresa la SDO) dal Direttore/Responsabile della struttura, e come tali non suscettibili di modifiche.

La CC è rilasciata in copia conforme dal Direttore Medico nel termine di 7 giorni dalla data della sua richiesta, entro il termine massimo di 30 giorni dalla suddetta richiesta potranno essere consegnati, come allegati, eventuali integrazioni (per es. referti di esami istologici) (art. 4 c.2 Legge 8 marzo 2017 n.24 - Legge Gelli Bianco).

8. DOCUMENTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Fa parte della cartella clinica tutta la documentazione inerente il ricovero, dal momento dell’accettazione al momento della dimissione della persona assistita. Possiamo distinguere:

1. **DOCUMENTI DI APERTURA DEL RICOVERO**
2. **DOCUMENTI DEL PROCESSO DI CURA**
3. **DOCUMENTI DI CHIUSURA DEL RICOVERO**

Nella cartella clinica è prevista:

a) **DOCUMENTAZIONE COMUNE** a tutte le Strutture

b) **DOCUMENTAZIONE SPECIFICA** per:

- **Area Medica**
- **Area Chirurgica**
- **Area Neonatale**

Ogni documento deve contenere i dati identificativi del paziente ed il titolo del documento stesso.

I documenti costitutivi della cartella devono essere ordinati in raggruppamenti omogenei per tipologia, in modo da renderli facilmente individuabili (es. modulistica anamnesi ed esame obiettivo, diario clinico, referti di laboratorio, esami strumentali ecc.).

Ogni raggruppamento deve essere inoltre ordinato in successione cronologica, per facilitarne la consultazione.



La cartella clinica è completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri. La completezza non necessariamente coincide con la chiusura del ricovero. Può infatti capitare che referti di indagini eseguite in corso di degenza pervengano solo in un tempo successivo alla dimissione o che dopo la dimissione del paziente, vengano praticati esami in post dimissione, ovvero entro i 30 giorni dalla data di dimissione.

Il controllo della completezza della cartella clinica con riferimento agli elementi che la compongono deve essere effettuato alla dimissione del paziente, e a tal fine è necessario utilizzare la check list di autovalutazione della completezza dei contenuti cartella clinica (vedi Allegato n°2).

9. ALLEGATI

Allegato 1: Flow Chart Compilazione Cartella Clinica

Allegato 2: Flow Chart Archiviazione Cartella Clinica

Allegato 3: Flow Chart Consultazione e Custodia Cartella Clinica

Allegato 4: Indicazioni su compilazione cartella clinica

Allegato 5: Check list contenuti cartella clinica

Allegato 6: Modulo Richiesta Consultazione Documentazione Sanitaria (Rev. 0 del 08.03.2023)

Allegato 7 Modulo Richiesta archiviazione documentazione sanitaria (Rev. 0 del 06.02.2023)

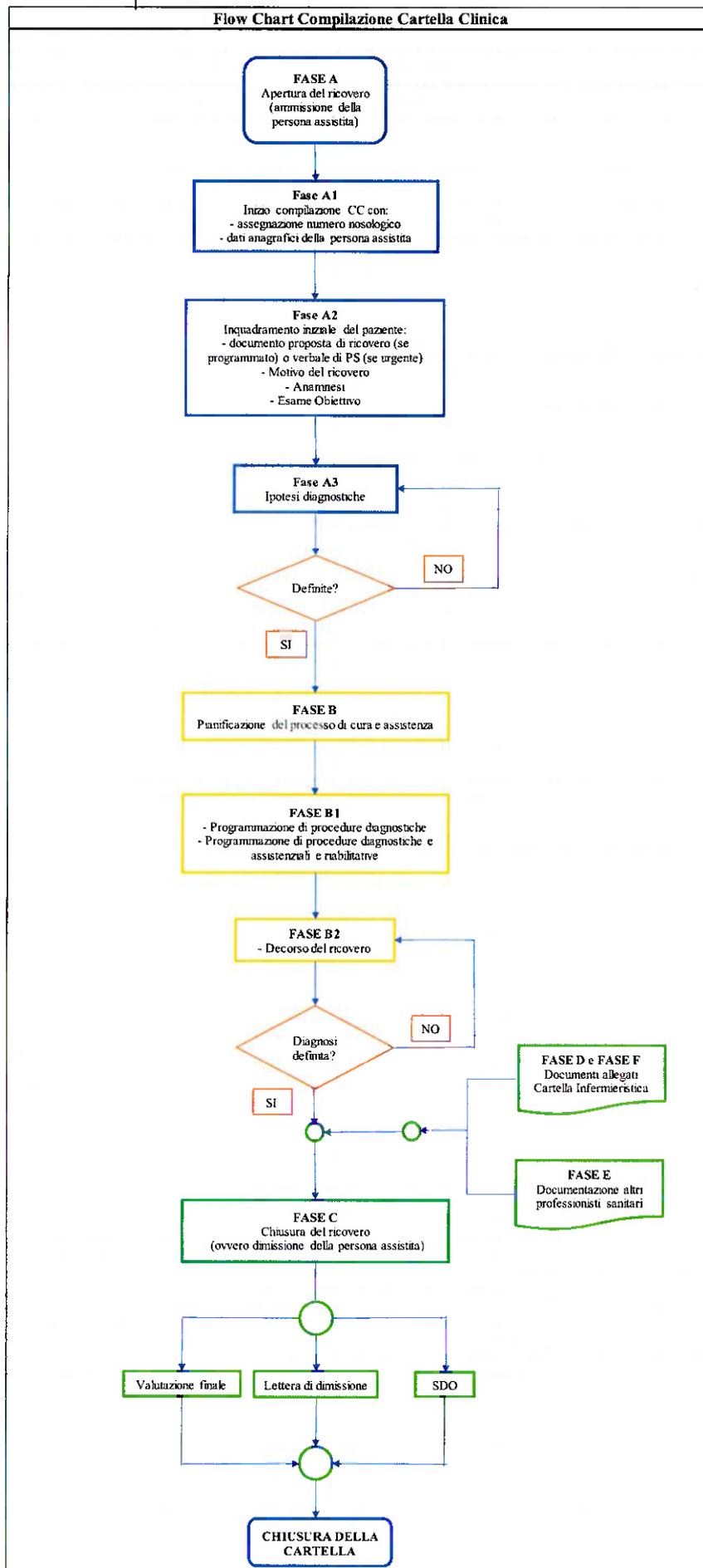
Allegato 8 Elenco (non esaustivo) della documentazione di cui deve essere corredata la cartella clinica (Documentazione comune a tutte le strutture e Documentazione specifica)

Allegato 9 Documentazione che non fa parte della cartella



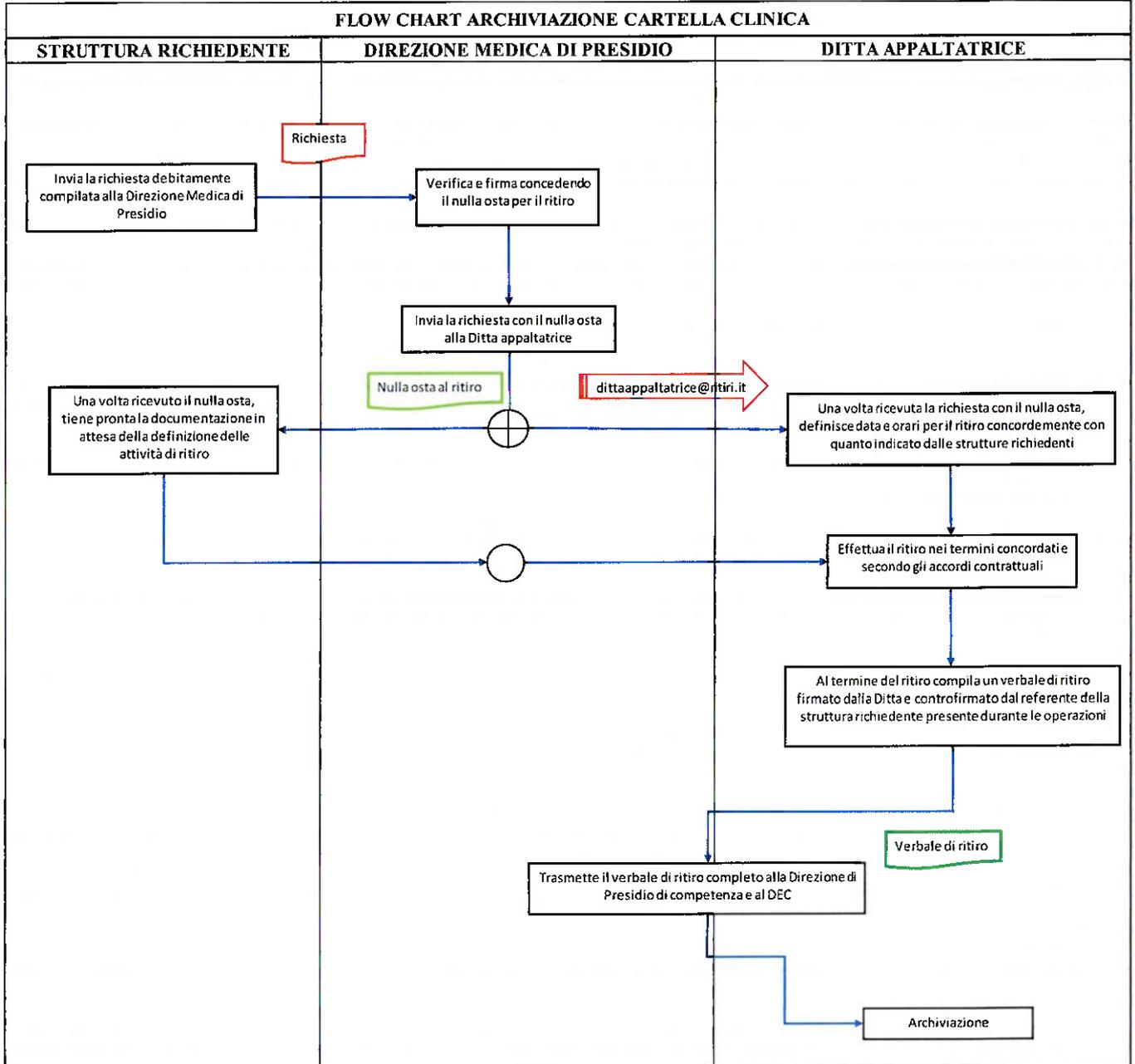
Flow Chart Compilazione Cartella Clinica

Allegato 1





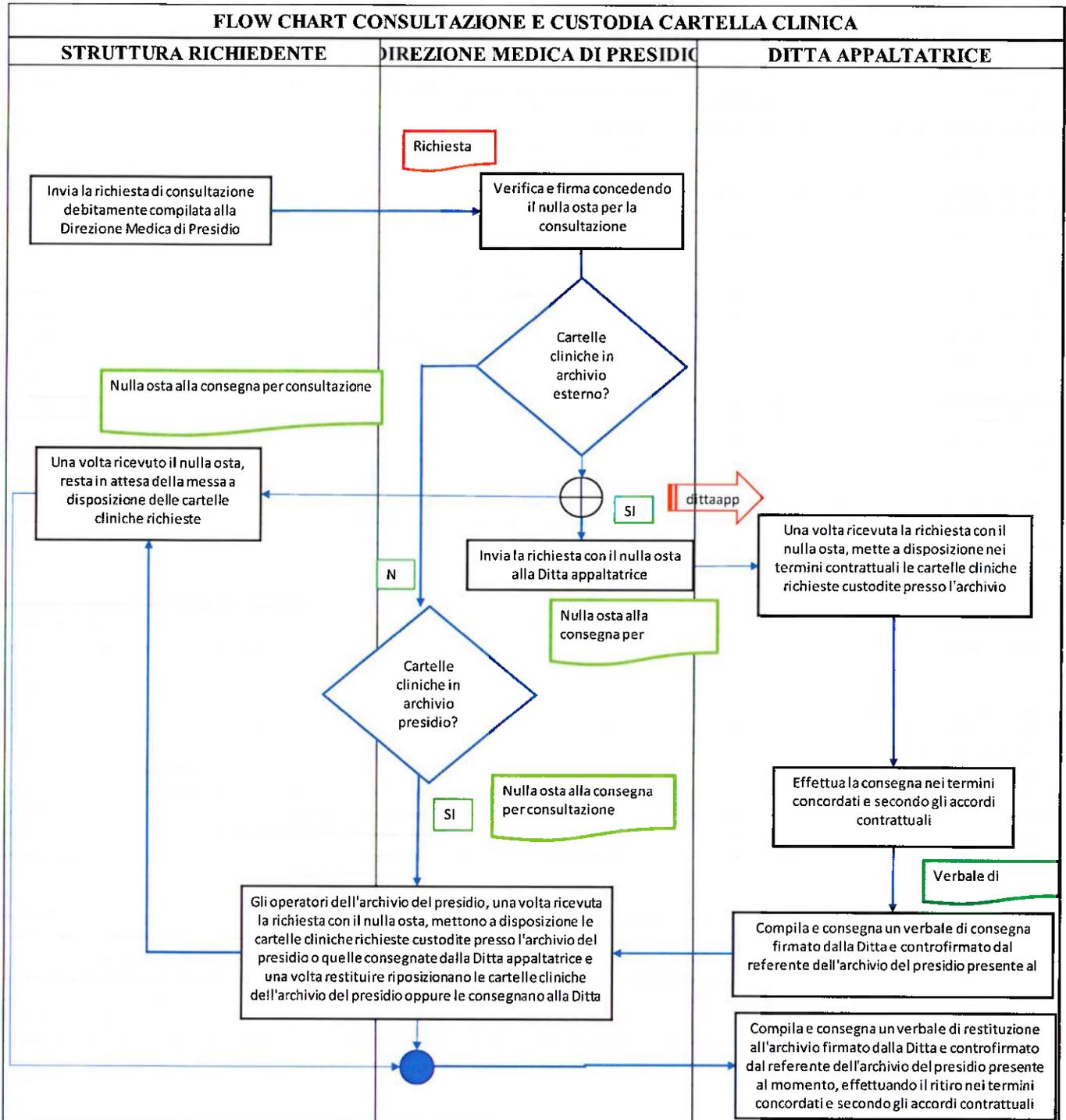
Allegato 2





Allegato 3

Flow chart Consultazione e Custodia Cartella Clinica





Allegato 4

Indicazioni su compilazione della cartella

- 1) Devono essere utilizzate penne con inchiostro nero o blu scuro che permettano una valida leggibilità delle copie fotostatiche.
- 2) Non è consentito l'utilizzo di:
 - penne colorate e penne a fibra che producano spandimento di inchiostro
 - matite
 - correttore (bianchetto)
 - gomme da cancellare
- 3) Il testo di ogni atto/aggiornamento deve essere chiaramente leggibile (redatto con grafia intellegibile) e comprensibile da tutti coloro che utilizzano la cartella clinica senza possibilità di mal interpretazioni.
- 4) Nella documentazione, per ogni singolo atto, devono essere identificabili:
 - il momento dell'accadimento e l'ora
 - l'autore, con firma leggibile e numero di matricola o sigla e numero di matricola o timbro.Nel caso in cui un atto/aggiornamento/accertamento presupponga multiple responsabilità, è necessario che ciascuno degli operatori interessati apponga la propria firma.
- 5) Tutti i dati, gli aggiornamenti, gli eventi, gli atti diagnostici o terapeutici esperiti sul paziente devono essere annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi e nell'immediata successione degli stessi, e non in tempi successivi.
- 6) La diaria deve essere aggiornata quotidianamente e comunque ogni qual volta vi sia un evento rilevante per garantire la completezza dell'aggiornamento clinico.
- 7) I dati e gli eventi riportati devono essere veritieri e corrispondenti a dati oggettivi, ossia vi deve essere effettiva corrispondenza tra quanto eseguito ed obiettato in scienza e coscienza dal personale medico, infermieristico e da tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura.
- 8) La cartella clinica non deve contenere abrasioni, correzioni che non permettano di vedere ciò che si è voluto cancellare. Nel caso di errori nella compilazione della cartella:
 - se compiuti **durante la stesura** è necessario tracciare una riga con penna indelebile sulla scritta (facendo in modo che la stessa risulti comunque leggibile) e apporre sull'errore la propria firma o sigla e numero di matricola;
 - se compiuti **in un momento successivo alla stesura** dell'aggiornamento, è necessario tracciare un riquadro intorno all'errore, numerare l'errore, riportare a fondo pagina un altro riquadro riportante il numero dell'errore e la scritta "leggasi" a cui farà seguito la correzione con firma, data e numero di matricola e/o timbro dell'esecutore.
- 9) Tutti gli aggiornamenti/fatti contenuti all'interno della cartella clinica devono essere registrati in ordine cronologico, nella precisa ed immediata successione con cui essi si verificano precisando sempre la data e l'ora.
- 10) Deve essere prestata una attenzione particolare all'anagrafica, che deve essere presente e ripetuta in ogni foglio con nome e cognome e data di nascita.
- 11) Deve essere identificabile ogni professionista che abbia avuto accesso alla documentazione clinica o che abbia aggiornato la stessa (vedi quanto riportato al punto 4).



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

AOU Cagliari

Procedura
Codice
identificativo

DMPO - Governo Clinico- Professioni
Sanitarie – Risk Management – DAI Chirurgia

REV. n. del
Pag. 18 di 30

- 12) La cartella deve essere completa e deve essere inserita anche la documentazione prodotta da tutti i professionisti che sono stati coinvolti nel processo di cura (come per es. logopedisti-fisioterapisti, etc.).
- 13) Il diario medico e infermieristico devono essere aggiornati ogni giorno (con data e ora per ogni singolo aggiornamento).
- 14) Deve essere rispettato il format della modulistica, ovvero non si deve scrivere oltre i bordi ai fini del rilascio di copia conforme.
- 15) Il Direttore della Struttura ha la responsabilità della completezza e della conservazione sino al momento in cui la CC non viene consegnata all'archivio, ovvero per tutto il periodo di permanenza in reparto.
- 16) La documentazione sanitaria personale in originale portata in visione dal pz deve essere restituita al momento della dimissione, tutt'al più una copia può essere allegata alla CC.
- 17) I fogli del diario clinico vanno numerati per mantenere l'ordine cronologico.
- 18) La lettera di dimissione deve essere redatta su ADT.
- 19) Deve essere presente la SDO firmata dal Direttore della Struttura.



CHECK LIST CONTENUTI DELLA CARTELLA CLINICA

Allegato 5 Procedura Gestione Cartella Clinica

Allegato 5

Nosologico:

Unità Operativa:

Data rilevazione:

Rilevatore:

La cartella clinica contiene i seguenti dati leggibili:

AOU CAGLIARI	Requisito	Presente		Incompleto	Applicabile?*	
		SI	NO		SI	NO
1	La cartella è disponibile per la consultazione?	SI	No			
2	Generalità del paziente	SI	No			
3	Data e ora di ingresso del paziente	SI	No			
4	E' specificata la diagnosi al momento del ricovero?	SI	No			
5	Motivo di ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1° giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso)	SI	No			
6	Anamnesi patologica prossima	SI	No			
7	Esame obiettivo all'ingresso firmato/sigliato e datato	SI	No			
8	Diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato/sigliato	SI	No			
9	Scheda Storico Terapie (Prescrizione)	SI	No			
10	Consenso informato alle procedure/interventi diagnostici e terapeutici invasivi o rischiosi, datato e firmato dal paziente (o da chi ne fa le veci) e dal medico, come previsto dalla normativa. Deve essere specificata la procedura/intervento (sono comprese le terapie anche sperimentali, il prelievo d'organi)	SI	No			
11	Consenso informato alla trasfusione, datato e firmato dal paziente (o da chi ne fa le veci) e dal medico, come previsto dalla normativa	SI	No			
12	Consenso informato all'anestesia, datato e firmato sia dal paziente (o da chi ne fa le veci) che dal medico, come previsto dalla normativa	SI	No			
13	Documentazione/cartella anestesiológica che documenta il monitoraggio intraoperatorio	SI	No			
14	Scheda SISPaC datata e firmata	SI	No			
15	Verbale operatorio firmato dal primo operatore	SI	No			
16	Lettera di dimissione datata e firmata dal medico compilatore	SI	No			
17	SDO presente firmata dal medico dimettente e dal Responsabile della Struttura	SI	No			
18	SDO unica per cartella clinica (percorso clinico)	SI	No			
19	Chiusura della cartella clinica firmata dal medico compilatore e dal Responsabile della Struttura	SI	No			
20	Cartella infermieristica presente?	SI	No			
21	Raccolta dati e Anamnesi infermieristica	SI	No			
22	Scale e indici di valutazione:					
22a	a) Scheda gestione rischio caduta	SI	No			
22b	b) Scheda gestione rischio lesioni da decubito	SI	No			
22c	c) Scheda gestione rischio suicidio	SI	No			
23	Diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato/sigliato	SI	No			
24	Scheda Storico Terapia (somministrazione)	SI	No			
25	Scheda per il monitoraggio dei parametri vitali	SI	No			
26	Scheda di valutazione del dolore	SI	No			
27	Schede nutrizionali	SI	No			
28	Schede accessorie:					
28a	a) bilancio idrico	SI	No			
28b	b) protocollo trattamenti	SI	No			
28c	c) scheda esami diagnostici	SI	No			
28d	d) dieta personalizzata	SI	No			
29	Scheda di collegamento/dimissione (per la trasmissione di informazioni e dati rilevanti da compilare quando esiste la necessità di una continuità assistenziale o di trattamento - es. trasferimento altra	SI	No			



Allegato 6

Direzione Medica dei Presidi

P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 - 09124 Cagliari
tel. 070.6092502 / 070.6092503 / 070.6092278 - fax: 070.6092501
email: direzionemedicasgd@aoucagliari.it
P.O. Policlinico Dullio Casula: SS 554, km. 4,500 - 09042 Monserrato
tel. 070.51096012 / 070.51096222 - fax 070.510245
email: dir.medica.mons@aoucagliari.it

Monserrato, li _____

MODULO RICHIESTA CONSULTAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(Rev. 0 del 08.03.2023)

Alla Direzione Medica di Presidio
dir.medica.mons@aoucagliari.it

Oggetto: Richiesta per consultazione documentazione sanitaria

Struttura richiedente _____

Documentazione da consultare

(In caso di cartelle cliniche allegare l'elenco specificando: Numero cartella clinica, Nome, Cognome, Data di nascita, Data di ricovero del paziente)

Scopo: studio clinico ricerca tesi di laurea tesi di specializzazione

altro (specificare) _____

Titolo: _____

Medico Strutturato Referente: _____

Nome e Cognome e recapito telefonico dei partecipanti alla consultazione

(es. laureandi, specializzandi, personale non strutturato)

Si attesta l'osservanza degli obblighi previsti dagli artt. 622 e 326 del c.p. e dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Firma e Timbro del Direttore Struttura Richiedente

Si autorizza

Direttore Medico dei PP.OO.

Note a carico della Direzione:



Direzione Medica dei Presidi



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 - 09124 Cagliari
tel. 070.6092502 / 070.6092503 / 070.6092278 - fax: 070.6092501

email: direzionemedicasgd@aoucagliari.it

P.O. Policlinico Duilio Casula: SS 554, km. 4,500 - 09042 Monserrato
tel. 070.51096012 / 070.51096222 - fax 070.510245

email: dir.medica.mons@aoucagliari.it

Restituzione

Le cartelle richieste in consultazione dovranno essere restituite entro max 30 giorni dalla ricezione e rese immediatamente se l'utente presenta richiesta di copia.

Medico Strutturato Referente: _____

Nome e Cognome e recapito telefonico dei partecipanti alla consultazione

In data _____

Si riconsegnano le cartelle cliniche/documentazione sanitaria come da allegato.

Firma del Medico incaricato alla restituzione

Per presa in carico (operatore dell'archivio)

N.B. Proroga

Nel caso in cui la riconsegna non potesse essere effettuata entro 30 giorni, il Medico Referente ne dà comunicazione immediata compilando la parte sottostante:

Si richiede una proroga di:

- 1 settimana
- 10 giorni
- 15 giorni
- Altro (specificare)

Motivazione: _____

Data _____

Firma e Timbro Medico Strutturato Referente

Si autorizza

Direttore Medico dei PP.OO.



Allegato 7



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

Direzione Medica dei Presidi

P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 - 09124 Cagliari
tel. 070.6092502 / 070.6092503 / 070.6092278 - fax: 070.6092501
email: direzionemedicagda@aoucagliari.it
P.O. Policlinico Dullio Casula: SS 554, km. 4,500 - 09042 Monserrato
tel. 070.51096012 / 070.51096222 - fax 070.510245
email: dir.medica.mons@aoucagliari.it

Monserrato, li ___ / ___ / ___

MODULO RICHIESTA ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(Rev. 0 del 06.02.2023)

Alla Direzione Medica di Presidio
dir.medica.mons@aoucagliari.it

Oggetto: Richiesta archiviazione documentazione sanitaria

Struttura richiedente _____

Si chiede il ritiro della seguente documentazione sanitaria:

1. Indicare **tipologia** di documento (specificando anno di riferimento, quantità e contenitori ovvero n° faldoni/scatole e dimensioni) e relativi metri lineari occupati:

2. Indicare **luogo** di custodia (specificando deposito/stanza etc., armadio e/o scaffalatura e/o schedario e se metallici o meno):

3. Indicare il **nome** di un referente di reparto e un recapito telefonico a cui può essere contattato:

Se trattasi di cartelle cliniche, si attesta che:

- ogni cartella clinica è stata verificata, in merito alla sua completezza e sequenza temporale degli eventi riportati, dal Direttore/Responsabile di struttura secondo la normativa vigente;
- è stato redatto e verrà conservato presso la Struttura un elenco esaustivo delle cartelle cliniche consegnate all' archivio che riporti i dati essenziali (almeno nosologico, nome, cognome e data di nascita del paziente).

Firma e Timbro del

Direttore/Responsabile Struttura Richiedente

Nulla Osta della Direzione _____



Allegato 8

**ELENCO* DELLA DOCUMENTAZIONE DI CUI DEVE ESSERE CORREDATA LA
CARTELLA CLINICA**

***elenco non esaustivo e soggetto ad aggiornamento periodico**

1. DOCUMENTAZIONE COMUNE A TUTTE LE STRUTTURE

1.1 DOCUMENTI DI APERTURA DEL RICOVERO

- Copertina di cartella (nome, cognome, timbro del reparto, n° progressivo cartella clinica)
- Verbale d'accettazione del PS per i ricoveri urgenti, impegnativa di ricovero per i ricoveri programmati
- Modulo anamnesi ed esame obiettivo generale/specialistico all'ingresso in reparto (datato e firmato) / motivo del ricovero e inquadramento diagnostico
- Modulo anamnesi patologia prossima, anamnesi patologia remota, anamnesi familiare, segnalazione allergie
- Modulo esame obiettivo completo datato e firmato
- Modulo nominativi e numeri telefonici delle persone a cui fornire indicazioni sul proprio stato di salute e diniego di rendere nota la propria presenza all' interno della UO
- Fotocopia di un documento di identità

1.2 DOCUMENTI DEL PROCESSO DI CURA

- Diario clinico compilato e firmato in tutte le giornate di degenza con aggiornamento terapia
- Foglio unico di terapia
- Referti degli esami ematochimici validati e firmati
- Referti degli esami strumentali
- Referti delle consulenze specialistiche
- Referti di eventuali esami ematochimici, esami strumentali, consulenze praticati dal reparto in regime di pre-ricovero o praticati post dimissione
- Informativa e dichiarazioni della volontà dei pazienti (consensi informati datati e firmati dal paziente e dal medico al trattamento dei dati personali, a trattamenti terapeutici, all'esecuzione di indagini diagnostiche ed esami strumentali invasivi, a partecipazione a studi sperimentali, ad emotrasfusioni etc..)
- Documentazione relativa ad emotrasfusioni (richiesta di sangue ed emoderivati, codici delle unità somministrate)
- Cartella infermieristica con diaria compilata e firmata in tutte le giornate di degenza
- Scheda monitoraggio parametri vitali
- Scheda bilancio idrico
- Scheda custodia effetti personali del paziente
- Modulo dimissione su richiesta
- Scheda monitoraggio PT-INR
- Scale di valutazione (del rischio di caduta, del rischio di lesioni da decubito, valutazione del dolore)
- Altre scale di valutazione adottate dalle singole strutture

1.3 EVENTUALI ALTRI DOCUMENTI DEL PROCESSO DI CURA

- Documentazione inquadramento trattamento riabilitativo
- Copia di denuncia di malattia infettiva
- Documentazione inerente a trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.)
- Comunicazioni del giudice di sorveglianza nel caso di pazienti provenienti da istituti carcerari
- Copia di referti inviati all'autorità giudiziaria
- Documentazione relativa alla programmazione della continuità delle cure (in altri istituti/ LD/ RIABILITAZIONE/ RSA/ADI etc...)
- Documentazione relativa all'arruolamento in sperimentazioni cliniche
- Documentazione relativa ad impianti di presidi medico-chirurgici (comprese etichette utili a rintracciare il dispositivo)



- Documentazione relativa a prelievo di organi e trapianti
- Copia di piani terapeutici di farmaci prescritti per la prima volta in regime di ricovero
- Richiesta di protesi ed ausili

1.4 DOCUMENTAZIONE DI CHIUSURA DEL RICOVERO

- Lettera di dimissione su ADT
- Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con firma del direttore della UO e del medico dimettente/responsabile
- Documentazione decesso paziente
- Referto riscontro autoptico (se richiesto) in caso di decesso
- Check list di valutazione della completezza della cartella clinica (Check list contenuti della cartella clinica)

2. ELENCO DOCUMENTAZIONE SPECIFICA* (*non esaustivo)

2.1 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA REPARTI CHIRURGICI

- Cartella anestesilogica
- Verbale operatorio con descrizione dell'intervento
- Schede SISPAC
- Scheda Contagarze e strumenti

2.2 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA OCULISTICA

- Cartella anestesilogica
- Verbale operatorio con descrizione dell'intervento firmato dal primo operatore
- Scheda SISPAC Oculistica
- Scheda di Valutazione Oculistica/Valutazione dell'ammissibilità alla Day Surgery
- Modulo per identificazione c/o accettazione impegno pagamento

2.3 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA OSTETRICA E GINECOLOGIA / EMERGENZE OSTETRICO-GINECOLOGICHE

Cartella Ostetrica:

- Scheda di Valutazione del rischio ostetrico
- Valutazione del neonato nelle prime due ore di vita (condiviso SSD patologia Neonatale e Nido e SC Ginecologia e Ostetricia)
- SISPaC Scheda integrata di sicurezza della paziente in sala Parto
- Scheda Contagarze e strumenti
- SISPaC Scheda integrata di sicurezza del paziente chirurgico
- Consenso prelievo HIV
- Modulo Protocollo Nalador per aborto terapeutico
- Modulo Valori glicemici
- Modulo Monitoraggio pressorio
- Modulo ATOSIBAN TRACTOCILE
- Certificato assistenza al parto (CEDAP)
- Schema monitoraggio intensivo
- Modulo Bilancio idrico
- Modulo Certificazione SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (Roche)
- Partogramma
- Scheda di registrazione dei controlli pretrasfusionali
- Schema Monitoraggio e allerta sistema MEOWS
- Cartella anestesilogica
- Verbale operatorio con descrizione dell'intervento
- Registrazione denuncia di nascita



2.4 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA NIDO

- Cartella clinica NIDO
- Scheda monitoraggio bilirubinemia
- Scheda valutazione del neonato nelle prime due ore di vita
- Scheda valutazione neonato durante rooming-in
- Informativa per screening neonatale e modulo per raccolta consenso screening neonatale
- Informativa deficit vitamina K e consenso informato somministrazione vitamina K
- Informativa sull'esecuzione del test del riflesso rosso e consenso informato al test del riflesso rosso
- Informativa per screening uditivo neonatale e consenso per screening uditivo neonatale (TEOAE/ABR)
- Scheda notizie trasferimento neonatale
- Cartella infermieristica neonatale in cui sono compresi: chart valutazione screening CCHD, Modulo osservazione per SGB, Scheda monitoraggio eventi cardiorespiratori

2.5 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA PATOLOGIA NEONATALE

- Cartella clinica PATOLOGIA NEONATALE
- Scheda monitoraggio bilirubinemia
- Informativa per screening neonatale e modulo per raccolta consenso screening neonatale
- Informativa sull'esecuzione del test del riflesso rosso e consenso informato al test del riflesso rosso
- Informativa per screening uditivo neonatale e consenso per screening uditivo neonatale (TEOAE/ABR)
- Cartella infermieristica neonatale in cui è compresa la Scheda monitoraggio eventi cardiorespiratori

2.6 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Cartella clinica medica:

- Foglio di sintesi
- Emotrasfusioni - Modulo per la raccolta del consenso
- Foglio "Diario Clinico" (comprensivo di dieta e terapia) (senza intestazione)
- Monitoraggio bilirubinemia
- Synagis - Modulo per la raccolta del consenso
- Monitoraggio TIN
- Monitoraggio eventi cardiorespiratori
- Monitoraggio glicemie
- Foglio Esami A
- Foglio Esami B
- Scheda Aminoglicosidi
- Foglio "Esami strumentali" (rx torace, eco cerebrale) (senza intestazione)
- Foglio "Consulenza"
- Foglio "Informazioni"
- Prospetto Infusioni endovena
- Screening neonatale - Informativa per la raccolta del consenso
- Modulo "Dati Principali della procedura di ricovero"
- Dichiarazione congiunta di genitorialità

Cartella infermieristica:

- Frontespizio cartella infermieristica con Scheda d'ingresso in TIN
- Scala EDIN (modificata)
- Diario infermieristico giornaliero
- Foglio "Somministrazione latte" (senza intestazione) (presente nella cartella medica)
- Scheda per Alimentazione Enterale
- Modulo "fleboclisi, rist gastr, Aria gastrica, Diuresi, Diuresi 24 ore, Altro.." (senza intestazione)
- Foglio "peso, EG, CC, Lunghezza, procedure, Esami, Alimentazione, scariche, vomiti, rigurgiti, Diuresi" (senza intestazione) (presente nella cartella medica)

2.7 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ANESTESIA E RIANIMAZIONE

- Scheda programma di sorveglianza per trattamenti dialitici con PRISMAFLEX



- Cartella infermieristica della rianimazione

2.8 DOCUMENTAZIONE SPECIFICA CARDIOLOGIA

- Scheda monitoraggio enzimi cardiaci
- Modulo scompenso cardiaco
- Modulo monitoraggio PTT
- Cartella infermieristica in cui sono compresi: scheda “consegna infermieristica per pazienti che si devono sottoporre a procedura emodinamica”
- SCHEDE SISPAC cardiologia interventistica

3. ALTRA DOCUMENTAZIONE

3.1 Documentazione non propriamente sanitaria ma utile per gestione clinica:

- documenti di operatori non sanitari, interni o esterni all’AOU (es. assistenti sociali)
- apporti informativi di familiari, caregiver, rappresentanti legali
- provvedimenti di Autorità (es.: sospensione della responsabilità genitoriale, affidamento di minore, esecuzione di indagini per fini di giustizia ecc.)
- certificazioni di condizioni specifiche (invalidità)

3.2 Documenti che fanno parte della Cartella Clinica:

- CEDAP: certificato di assistenza al parto (DM del 16 luglio 2001 n. 349) - Il DM del 16 luglio 2001, n° 349 ha stabilito che l’originale del certificato viene conservato presso la Direzione Sanitaria degli Istituti di cura pubblici e privati in cui è avvenuto il parto in complemento alla documentazione materna. Per i parti in anonimato si prevede che «deve essere comunque assicurato un raccordo tra il certificato di assistenza al parto privo dei dati idonei ad identificare la donna che non consente di essere nominata con la cartella clinica custodita presso il luogo dove è avvenuto il parto».
- Certificati di malattia
- Denunce obbligatorie (infortunio sul lavoro, malattia professionale, malattia infettiva, ecc)
- Segnalazioni di eventi avversi da farmaco (Adverse Drug Reaction o ADR), dispositivo medico, trasfusione.
- Provvedimenti disposti da Autorità (es TSO, sottrazione temporanea di minore dalla responsabilità genitoriale, ecc.) il cui contenuto sia rilevante per il ricovero
- Documentazione relativa ad eventuale passaggio in OBI prima del ricovero e documentazione relativa al soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza
- Copia di documentazione personale del paziente (limitata ai soli documenti essenziali per l’episodio di ricovero)
- Copia eventuale documentazione su disposizioni anticipate di trattamento (DAT)



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

AOU Cagliari

Procedura
Codice
identificativo

**DMPO - Governo Clinico- Professioni
Sanitarie - Risk Management - DAI Chirurgia**

REV. n. del
Pag. 27 di **30**

Allegato 9

DOCUMENTAZIONE CHE NON FA PARTE DELLA CARTELLA

NON fanno parte della Cartella Clinica:

- permessi e attestazioni di presenza di caregiver
- documenti di carattere amministrativo contabile (pratiche di pagamento di prestazioni relative allo specifico episodio di cura)
- richiesta di copie di documentazione clinica
- consegne o promemoria stilati dai singoli operatori che possono recare dati personali dell'assistito
- circolari /comunicazioni interne della AOUCagliari
- documentazione organizzativa e /o amministrativa inerente disposizioni organizzative e/o di servizio (es. letti branda/aggiuntivi, etc.) stabilite dal Direttore di Struttura o dal Direttore Medico di Presidio o suo delegato.

