



Procedura della SC Governo Clinico
Appropriatelyzza e Accreditamento

**Procedura controlli interni
cartelle cliniche**

	Nome e Cognome	Firma
COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO	Paola Racugno Direttrice SC Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento (GCAA)	Firmato
	Paola Sechi Dirigente Medico SC Governo Clinico AA	Firmato
	Luigi Ruggeri Dirigente Medico SC Governo Clinico AA	Firmato
	Silvia Prasciolu Assistente Sanitaria SC Governo Clinico AA	Firmato
	Laura Casula Sviluppo Organizzativo Formazione Statistica ed Epidemiologia Sanitaria	Firmato

	Nome e Cognome	Unità di appartenenza	Firma
Approvazione Scientifica	Giancarlo Angioni Direttore Sanitario		
Approvazione Metodologica	Paola Racugno Presidente Gruppo Aziendale Tecnico	GCAA	Firmato

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



INDICE

Distribuzione.....	pag 3
Oggetto e scopo.....	pag 3
Campo di applicazione.....	pag 4
Riferimenti normativi.....	pag 4
Definizioni e abbreviazioni.....	pag 5
Responsabilità.....	pag 6
Matrice delle responsabilità.....	pag 7
Modalità operative.....	pag 7
Indicatori.....	pag 8
Allegato 1: Check List di Controllo sulla Completezza della Cartella Clinica....	pag 9
Allegato 2: Check List per i Controlli Analitici sulla SDO.....	pag 12
Allegato n. 3 Flow Chart Controlli interni cartelle cliniche.....	pag 13



DISTRIBUITO A

Direzione Sanitaria Aziendale

Direzione Medica dei Presidi

Tutte le Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Programmi

1. OGGETTO E SCOPO

1.1. Oggetto

La cartella clinica è lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. (Ministero della Sanità, 1992). La cartella Clinica non rappresenta un semplice atto amministrativo bensì la più rilevante risorsa di un'organizzazione sanitaria sul piano clinico, scientifico, gestionale, nonché uno strumento di garanzia per i pazienti, per i professionisti e per la Struttura.

La corretta compilazione della cartella clinica è un obbligo dell'operatore sanitario e costituisce strumento per la difesa dell'operato medico ed infermieristico; quando imprecisa o insufficiente, infatti, mal si presta alla difesa dell'attività assistenziale erogata. Le adeguate caratteristiche di qualità e completezza devono riflettersi nella SDO.

La documentazione clinica deve essere strumento di lettura esaustivo del percorso assistenziale, facilmente fruibile da chi, a qualsiasi titolo, è autorizzato a prenderne visione: la sua corretta compilazione è presupposto di un intero percorso che porta al miglioramento della qualità del ricovero stesso. La funzione fondamentale della documentazione clinica (ma anche della SDO che ne è parte integrante) consiste nel raccogliere l'insieme delle informazioni finalizzate alla presa in carico del paziente, alla raccolta degli elementi rilevanti della sua storia sanitaria precedente e contestuale l'episodio di ricovero per supportare le decisioni volte alla soluzione dei relativi problemi di salute. I dati e le informazioni riportate nella documentazione clinica soddisfano anche esigenze epidemiologiche, di ricerca scientifica, amministrative, gestionali nonché obblighi medico-legali. La cartella clinica ha infatti un duplice valore: sanitario e giuridico. 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.

La Cartella Clinica deve rispettare requisiti formali (leggibilità, rintracciabilità) e requisiti sostanziali (veridicità, chiarezza, completezza, tempestività): la grafia deve essere leggibile, gli errori materiali corretti in modo adeguato, deve essere annotata ogni attività con luogo, data e ora, con firma leggibile di chi ha eseguito tale attività, i dati riportati devono essere veritieri, le annotazioni contestuali a quanto descritto, gli errori annullati con una riga che permetta di lasciarli visibili e controfirmati da chi apporta la correzione, le annotazioni devono essere facilmente comprensibili, descrivere quanto accaduto nel modo più completo possibile e aggiornate ogni qual volta si renda necessario.

Il contesto generale di riferimento del Sistema Sanitario Regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero è quello dell'appropriatezza organizzativa o generica che



può essere valutata a partire dalla cartella clinica e/ dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), attraverso l'impiego di sistemi di controllo analitici.

1.2. Scopo

Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'Azienda valuta regolarmente l'appropriatezza dei ricoveri e il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche.

Lo scopo della seguente procedura è stabilire e render noti i vari passaggi per la valutazione dell'appropriatezza generica e organizzativa, della cartella clinica e della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) attraverso l'impiego di sistemi di controllo analitici, nel rispetto della normativa vigente in materia, e secondo le previste modalità aziendali per la gestione del piano dei controlli interni.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica su tutte le cartelle cliniche e i ricoveri in regime ordinario, di day hospital e day surgery dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

Normativa nazionale:

1. DM 28/12/1991
2. DM 26/07/1993
3. D.Lgs n. 502/1992
4. Linee guida ministeriali 17 giugno 1992
5. Linee guida ministeriali n.1/95
6. DM n. 380/2000
7. L. 133/08 art. 79
8. DM 10/12/2009 G.U. n. 122 del 27/05/2010)

Normativa regionale:

1. LR n. 10 28/07/2006
2. DGR 32/75 del 24/07/2012
3. LR n. 23 17/11/2014
4. DGR 67/16 del 29.12.2015
5. Determinazione Direzione Generale della Sanità n 1501/53 del 27/01/2020

Secondo la normativa vigente (DM 10/12/09 e delibera GR n. 67/16 del 29.12.2015) il numero di cartelle da sottoporre a controllo interno devono corrispondere ad almeno il 10% di tutti i ricoveri annuali e alla totalità dei ricoveri esitati in DRG a rischio di inappropriatelyzza (art 79 L. 133/08). Il campionamento dei casi da controllare viene effettuato utilizzando il data-base regionale SISaR (FILE A) delle schede dimissione ospedaliere (SDO) relative all'anno che si vuole considerare. Le variabili di stratificazione considerate congiuntamente sono le seguenti: le singole strutture erogatrici, la tipologia di ricovero (Ricoveri Ordinari e Day Hospital) e la variabile ARI (che identifica se un ricovero è a rischio di inappropriatelyzza sulla base della normativa nazionale e regionale).



4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

DEFINIZIONI

- ❖ **Appropriatezza Organizzativa.** Sono numerose le definizioni:
 1. Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato “consumando” una appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale ed ai professionisti coinvolti.
 2. L’appropriatezza organizzativa viene presa in considerazione quando si intende valutare “se il tipo di assistenza teoricamente richiesta dalle caratteristiche cliniche del paziente corrisponda al tipo di assistenza concretamente offerta”.
 3. L’appropriatezza organizzativa identifica la situazione in cui l’intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da “consumare” un’appropriata quantità di risorse (efficienza operativa). L’appropriatezza organizzativa prende quindi in considerazione la relazione costi-efficacia.
 4. L’appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi
- ❖ La **cartella clinica** ospedaliera è l’insieme dei documenti che raccolgono le informazioni di tipo medico e necessarie a rilevare il percorso diagnostico-terapeutico di un paziente. La corretta compilazione e la completezza sono presupposto per la lettura del percorso assistenziale.
- ❖ La **SDO** è parte integrante della cartella clinica di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale e di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.
- ❖ **DRG:** il sistema chiamato Raggruppamento omogeneo di diagnosi (Diagnosis Related Group, DRG), permette di classificare tutti i malati dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura. In tale modo lo stesso DRG rappresenta approssimativamente un simile carico assistenziale e consumo medio di risorse.

ABBREVIAZIONI

- SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera
- ARI: Alto Rischio di Inappropriatezza
- D.Lgs: Decreto Legislativo
- DGR: Delibera Giunta Regionale
- DM: Decreto Ministeriale
- LR: Legge Regionale
- RAS: Regione Autonoma della Sardegna
- SSR: Sistema Sanitario Regionale
- SC: Struttura Complessa
- SSD: Struttura Semplice Dipartimentale
- Progr: Programmi
- AOUC: Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

 AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI	AOU di Cagliari	PDTA Codice identificativo
	SC Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento	REV. n. del Pag. 6 di 15

- GCAA: Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento
- DMPO: Direzione Medica dei Presidi

5. RESPONSABILITÀ

La valutazione e il controllo della codifica della documentazione clinica prodotta dalle strutture sanitarie rientrano tra i principali ambiti di intervento del Governo Clinico, come parte integrante del monitoraggio continuo dell'appropriatelyzza organizzativa del livello di assistenza.

La Struttura Semplice Dipartimentale Tecnologie Informatiche, reti e sicurezza ha la responsabilità dell'invio dei dati estratti dalle SDO alle istituzioni competenti del SSR, della verifica quantitativa dei ritardi e della gestione dello scadenziario.

Il Referente SDO della SC/SSD/Programma, nominato dal Direttore della stessa, collabora con la Struttura Complessa di GCAA per quanto riguarda tutte le attività da quest'ultima proposte per la appropriatelyzza, efficace ed efficiente gestione della procedura, nonché lo sviluppo delle competenze specifiche da parte del personale che codifica (anche attraverso la formazione).

Il Direttore Sanitario è responsabile della custodia della documentazione clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio centrale ed è tenuto a svolgere un'attività di vigilanza sull'attività di tale struttura la cui istituzione è resa obbligatoria in tutti gli ospedali nell'ambito dello stesso provvedimento normativo D.P.R. 128/69 art. 5. È responsabilità del Direttore Sanitario anche curare il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, della copia delle cartelle cliniche e di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i pazienti assistiti in ospedale.



Matrice delle Responsabilità

Attività/Funzione	Direttrice SC GCAA	Dirigente Medico SC GCAA	Direttore Medico dei Presidi	Ass. Amminis- trativa SC GCAA	ASS e Infermie- re GCAA	Direttore SC Sistemi Informativ i e Tecnologie Sanitarie	Direttore SC/SSD/ Progr. e referente SDO	Direttore SC Programm azione e Controllo di Gestione	Direttore SC Sviluppo Organizzativo Formazione Statistica Sanitaria	Direttore Sanitario
<i>Invio File A alla SC Programmazione e Controllo di Gestione e alla SC GCAA</i>	I	I				R		C		
Composizione campione Cartelle Cliniche da analizzare	I	R			C	I				
Verifica metodologica composizione campione	I	C			C				R	
Estrazione DGR potenzialmente inappropriati e invio alla SC GCAA	C	I						R		
Richiesta cartelle cliniche alla DMPO	R	C	I	C	C					
Invio Cartelle Cliniche da Archivio a SC GCAA	I	C	R	C	C					
Presa in carico e custodia Cartelle Cliniche c/o GCAA	I	R	I	C	C					
Analisi Cartelle Cliniche	R	C	I		C					
Elaborazione data base	I	R			C		I			I
Elaborazione report analitico	R	C			I					
Audit appropriatezza	R	C			C		C			I
Diffusione	R	C			C					
Revisione	R	C			C					

legenda Matrice delle Responsabilità

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

6. Modalità operative

La Struttura Complessa di Governo Clinico Appropriatelyzza e Accreditamento (GCAA) ha la responsabilità di effettuare i controlli sulla qualità, completezza e tempestività della compilazione della Cartella Clinica e della SDO.



- **Campionamento delle Cartelle Cliniche**

La SC Sistemi Informativi e Tecnologie Sanitarie fornisce il file A alla SC Programmazione e Controllo di Gestione che provvede ad implementarlo con l'indicazione dei ricoveri a rischio di inappropriatezza e a inviarlo alla SC GCAA per le successive elaborazioni.

A partire dal file ricevuto si provvede a selezionare tutti i ricoveri a rischio di inappropriatezza le cui cartelle dovranno essere verificate nella totalità.

Della totalità dei ricoveri verrà campionato il 12%* rispettando la proporzionalità dei ricoveri per reparto di dimissione e regime di ricovero.

Si ottiene così un elenco di cartelle campionate che verrà utilizzato per le richieste e per la creazione di un data base di attività.

Ottenuto l'elenco delle cartelle campionate, la SC GCAA richiede le cartelle alla Direzione Medica dei Presidi cui fa capo l'Archivio Cartelle Cliniche Aziendale. Le cartelle vengono poi fornite dall'Archivio del PO o dall'Archivio esternalizzato.

*Dato che non tutte le cartelle risultano essere disponibili, spesso perché trattenute presso la Struttura per esigenze cliniche e/o di studio, si procede al campionamento di un numero superiore di cartelle (il 12%).

- **Controlli di qualità**

1. Le cartelle cliniche sono riesaminate regolarmente (annualmente);
2. La verifica si svolge su un campione rappresentativo;
3. La verifica è condotta da medici, Assistenti Sanitari e Infermieri con esperienza specifica nel settore;
5. Il processo di verifica prende in considerazione anche il contenuto delle cartelle cliniche così come previsto dalle disposizioni di legge e dalla normativa.
6. Il processo di verifica prende in esame le cartelle chiuse.
7. I risultati del processo di verifica sono acquisiti dalla SC GCAA per il perseguimento del miglioramento continuo.

Il processo di verifica si concentra sulla leggibilità, accuratezza e la completezza delle cartelle cliniche.

Le cartelle vengono quindi analizzate singolarmente con l'ausilio di due check list:

Allegato 1: *Check List di Controllo sulla Completezza della Cartella Clinica*

Allegato 2: *Check List per i Controlli Analitici sulla SDO.*

Si procede con la stesura del data base di lavoro che tiene traccia di tutti i controlli effettuati e sarà la base dati per l'analisi finale e stesura della relazione analitica. Nel data base di lavoro sono registrati oltre agli estremi per l'identificazione del ricovero, i controlli eseguiti e i relativi risultati.

- **Report di analisi**

Per ciascuna struttura esaminata viene prodotta una relazione (report) che viene proposta come base di confronto con il Direttore della struttura o un suo delegato.

La relazione, contenente gli aspetti metodologici, l'oggetto dell'analisi, i risultati e le considerazioni finali, viene, in ultima analisi, inviata alla Direzione Generale e alla Direzione Sanitaria.

7. Indicatori

- Numero cartelle cliniche del campione non presenti in Archivio in %
- Frequenza dei controlli interni per Struttura
- Esecuzione audit con Responsabile di Struttura o delegato



8. ALLEGATI

Allegato 1: Check List Controllo qualità e completezza Cartella Clinica/SDO

Controllo qualità e completezza Cartella Clinica		
Grado compilazione	legenda: 1 scarso 2 insufficiente 3 buono 4 ottimo	Valore
La documentazione è disponibile per l'analisi?		1 4
COPERTINA	Sono presenenti i seguenti dati?	
	Struttura dove avviene il ricovero	1 4
	Numero progressivo cartella clinica	1 4
	Generalità/iniziali del paziente	1 4
	Data e ora di ingresso e data uscita del paziente	1 3 4
	Diagnosi d'ingresso	1 4
	Diagnosi dimissione	1 4
	Dati anagrafici completi	1 4
	Recapito telefonico paziente e/o familiare	1 4
	Valutazione stato di conservazione	1 2 3 4
	Solo Ricovero Diurno: documentazione clinica relativa a un solo ricovero? (NO più ricoveri nella stessa copertina)	1 (più ricoveri) 4(solo un ricovero)
Lettera dimissione	Qualità della compilazione	1 2 3 4
	E' presente anche in caso di decesso o trasferimento	1 4



Ulteriori dati all'ingresso	Sono presenti i seguenti dati?	
	Anamnesi patologica prossima, remota, familiare e terapia domiciliare	1 2 3 4
	Esame obiettivo generale all'ingresso	1 2 3 4
	Esame obiettivo specialistico all'ingresso	1 4
	Firma del medico che ricovera e data	1 4
Diario medico	Annotazioni comprensibili	1 4
	Annotazioni firmate in modo completo con timbro o numero matricola	1 3 (solo firma) 4(firma e N matr)
	Annotazioni in tutte le giornate di degenza	1 2 3 4
	Terapia in atto	1 2 3 4
	Correzioni/cancellature non conformi	assenza correzioni o conformi(4)/cancellature non conformi (1)
Eventuale intervento chirurgico	Verbale operatorio in RO/descrizione intervento in DS, con durata intervento, data, identificazione operatori e firma del chirurgo	1 2 3 4
	Dati eventuale impianti presidi medico chirurgici	1 4
	SISPaC	1 4
	Cartella anestesilogica con consenso firmato da paziente e medico	1 2 3 4
	Consenso informato all'intervento chirurgico e/o procedure diagnostiche con data, firma paziente e medico	1 2 3 4



Allegati	Verbale Pronto Soccorso (solo per ricoveri urgenti tipo 2)	1 4
	Referti esami diagnostici e consulenze effettuati durante il ricovero e in dimissione protetta	1 2 3 4
	Esami ematochimici in copia validata dal labora- torio	1 2 3 4
	Se previste cartella logo- pedica, cartella fisioterapia	1 4
	Consenso informato, da- tato e firmato sia dal pa- ziente che dal medico come previsto dalla nor- mativa per procedure di- verse dall'intervento chi- rurgico	1 2 3 4
Ulteriori Allegati	Se previste copia di piani terapeutici, modulistica in caso di trasferimento in post acuzie	1 4
	In caso di trasferimenti interni completezza della cartella clinica	1 2 3 4
	Assenza di documenta- zione personale in origi- nale o documentazione relativa ad altri ricoveri	1 4
	Assenza di documenta- zione relativa ad altri pa- zienti	1 4
Ordine nella documentazione		1 4
Cartella infermieristica	Se prevista è presente?	1 4
	Dati anagrafici e motivo del ricovero	1 2 3 4
	Annotazioni in diaria presenti e firmate in tutte le giornate di de- genza	1 2 3 4
	Rilevazione dolore	1 4
	Rilevazione rischio ca- duta	1 4
	Grafici parametri vitali	1 2 3 4



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

AOU di Cagliari

**SC Governo Clinico Appropriatelyzza e
Accreditamento**

PDTA
Codice
identificativo

REV. n. del

Pag. **12** di **15**

Note al processo di verifica (eventuali note dell'esaminatore)



Allegato 2: Check List per i Controlli Analitici sulla SDO

Qualità della compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e sua congruenza con la cartella clinica		
In cartelle è presente la SDO?		si/no
Firme	firmata dal medico responsabile	si/no
	firmata dal Direttore di Struttura	si/no
Diagnosi principale	è quella che ha comportato maggior consumo di risorse	si/no
	è stato utilizzato un codice relativo a segni, sintomi, condizioni mal definite?	si/no
Diagnosi secondarie	presenza di diagnosi secondarie	si/no
	segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura e le comorbidità che comportano maggior impegno assistenziale	si/no
	segnalate correttamente (codice usato)	si/no
Solo per i DRG 370,371,372,373,374,375	Tra le diagnosi secondarie è indicato uno dei codici V 27 " Esito del Parto"?	si/no
Solo per DRG 370,371	In diagnosi principale è codificato l'indicazione al "Parto Cesareo"?	si/no
Codici V	è stato utilizzato un codice V ?	si/no
	uso corretto del codice V	si/no
Codici E	uso corretto	si/no
Procedura principale	accuratezza scelta e codifica procedura principale	si/no
	Vi è coerenza tra diagnosi principale e intervento principale?	si/no



Procedure secondarie	codificate procedure secondarie?	si/no
	Sono codificate le procedure più rilevanti?	si/no
	codici corretti per descrivere le procedure	si/no
Le procedure indicate	trovano riscontro nella cartella clinica	si/no
	sono congruenti alla diagnosi	si/no
	Vi è coerenza tra le date di intervento/procedura e il periodo di ricovero?	si/no

Note al processo di verifica (eventuali note dell'esaminatore)

Allegato n. 3 Flow Chart Controlli interni Cartelle Cliniche

