

Carta della qualità della “Cartella Clinica”

La carta della qualità della Cartella Clinica, ovvero la documentazione sanitaria prodotta nel singolo ricovero ospedaliero del paziente, è ispirata alla Carta Europea dei diritti del malato.

Nasce con l’obiettivo di individuare gli indici di qualità che consentono di favorire lo scambio e l’integrazione di informazioni tra le varie figure professionali e garantire trasparenza, sicurezza e continuità assistenziale, anche dopo la dimissione.

La Carta della qualità si riferisce alla cartella clinica in generale: quella cartacea, quella generata da strumenti informatici e quella elettronica.

E’ uno strumento indispensabile per supportare le decisioni dei professionisti sanitari e garantire continuità delle cure; è un mezzo strategico per l’assistenza e per facilitare l’integrazione operativa di diversi professionisti; è fonte di informazioni anche per il paziente, oltre che di dati per studi e ricerche, esigenze amministrative e per la valutazione dell’attività assistenziale.

Per rispondere a queste funzioni, le caratteristiche di una cartella clinica di qualità sono:

- Accuratezza, leggibilità e chiarezza
- Completezza e pertinenza
- Veridicità e tracciabilità
- Tutela della riservatezza (privacy)
- Accessibilità e disponibilità
- Consenso informato
- Elementi di continuità assistenziale e dimissioni.

Accuratezza, leggibilità e chiarezza

Tutti i cittadini hanno diritto ad una cartella clinica chiara e leggibile: è compilata in modo da evitare dubbi o incertezze sulla cronologia degli eventi e nella lettura dei contenuti.

- I contenuti riportati nella cartella clinica sono facilmente leggibili e chiari in tutte le sue parti: sono compilati tramite supporto informatico o in carattere stampatello e/o corsivo leggibile (=intelligibile), con inchiostro indelebile blu o nero.
- Il linguaggio utilizzato è comprensibile per tutti coloro che hanno necessità di consultare la cartella clinica, anche dopo il ricovero: paziente, operatori del reparto e della struttura, medico di famiglia, infermiere, assistenti domiciliari, etc. L'uso di abbreviazioni e sigle è limitato al minimo ed è conforme a standard nazionali ed internazionali, approvati e condivisi nella struttura. E' presente in cartella clinica una legenda interpretativa delle abbreviazioni e sigle.
- La documentazione indica chiaramente struttura, reparto e tipologia di ricovero.
- Nel corso del ricovero ogni modulo (scheda infermieristica, foglio unico di terapia, etc.) riporta la tipologia di documento (=modulo) di cui è parte, il logo della struttura, la numerazione di ogni facciata (es. 1di 2), oltre che i dati di identificazione del paziente.
- La cartella clinica rilasciata, in copia conforme all'originale, è numerata in tutte le sue pagine per garantire la tracciabilità dell'iter di cura seguito. Viene ordinata per raggruppamenti, ciascuno dei quali segue la cronologia degli eventi.
- Il ricorso alla trascrizione di referti è limitato e generalmente sono inseriti direttamente in cartella clinica.
- Sono definite con regolamento della struttura procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti (es. controlli di qualità sui risultati delle prestazioni di laboratorio).

Completezza e pertinenza

Tutti i cittadini hanno diritto a riscontrare nella cartella clinica la informazioni che documentino e consentano di ricostruire l'evolversi della malattia e delle cure effettuate. I dati riportati sono solo quelli necessari alle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

- Tutto il reparto si impegna a garantire la completezza della documentazione sanitaria. Essa contiene indicazioni di cura relative a anamnesi, esame obiettivo, processo diagnostico-terapeutico e assistenziale, verbale operatorio, diario di degenza, documentazione dei professionisti sanitari non medici e di continuità assistenziale, lettera di dimissione, documentazione, scheda di dimissione ospedaliera. Tutti i documenti riportano data e firma dell'operatore.
- La cartella clinica contiene inoltre documentazione infermieristica, ostetrica, riabilitativa, foglio di terapia farmacologica (possibilmente unico), prescrizione mediche non farmacologiche, referti, consulenze specialistiche interne ed esterne alla struttura.
- Sono presenti documenti utilizzati per rilevare i bisogni assistenziali, le principali abitudini e stili di vita, i comportamenti alimentari, la capacità di provvedere all'auto-cura oltre che la lingua parlata per l'attivazione dell'eventuale servizio di mediazione culturale.
- E' riportata la rilevazione quotidiana dei parametri vitali e la variazione nel corso del ricovero.
- I professionisti sanitari registrano le sintomatologie dolorose e le terapie utilizzate; rilevano la presenza ed insorgenza di lesioni da decubito e le azioni preventive e terapeutiche messe in atto.
- In caso di intervento chirurgico nella cartella sono riportati: accertamenti diagnostici preliminari e esecuzione di procedure di preparazione, scheda anestesologica, tipologia di operazione, composizione dell'èquipe operatoria, data e ora, inizio e fine, oltre che le fasi salienti: preparazione, svolgimento, conclusione, osservazione e consegne post-intervento.
- Le consulenze specialistiche effettuate sono indicate in cartella e riportano motivo, urgenza, nome del richiedente, data di richiesta e di effettuazione della consulenza,

nonché formulazione della risposta, comprensiva della diagnosi (o ipotesi) e prognosi, accertamenti sanitari necessari corredati da data e firma.

- Sono presenti in cartella, nei casi in cui si siano svolte le relative attività, scheda di prelievo di organi, riscontro autoptico, trasfusione di sangue e/o emoderivati, impianto di presidi medico-chirurgici, programmazione della continuità assistenziale e copia di documentazione personale del paziente.
- Il contenuto della cartella clinica deve essere ispirato ai criteri di pertinenza e di indispensabilità delle informazioni raccolte, evitando la registrazione di dati che non soddisfino questi requisiti (es. credenza religiosa).

Veridicità e tracciabilità

Tutti i cittadini hanno diritto ad avere una cartella clinica che sia fedele a quanto realmente accaduto nel corso del ricovero: riporta gli atti compiuti, le decisioni adottate, i fatti riscontrati dai professionisti sanitari, oltre che gli esecutori.

- La cartella clinica descrive fedelmente tutti gli elementi oggettivi (indici biologici, etc.), le attività diagnostico-terapeutiche svolte e chi le ha eseguite.
- Per ogni annotazione in cartella è possibile identificarne chiaramente autore e data: le annotazioni sono contestuali o immediatamente successive al verificarsi degli eventi, cronologicamente ordinate e riconducibili a chi le ha riportate. Per le prestazioni eseguite d'urgenza sono indicati data, ora e minuti, oltre alla firma leggibile dell'esecutore/i, la prescrizione di esami ed i relativi referti.
- In caso di errori nella compilazione, la correzione rimane visibile: si traccia una riga sulla scritta e si riporta data e autore, con relativa firma, della modifica. Non sono utilizzate cancellature con correttore, gomma o abrasioni. Nelle cartelle cliniche elettroniche nessun dato viene cancellato e le correzioni sono sempre visualizzabili.
- Il cittadino che ravvisi inesattezze o discordanze con quanto riportato in cartella, ha possibilità di parlarne con il medico di riferimento.
- La cartella clinica viene chiusa e consegnata all'archivio avviene nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 15 giorni dalla dimissione. Qualora la dimissione

avvenga prima di aver raccolto i referti degli esami svolti durante il ricovero (es. esame istologico), la cartella giunge all'archivio entro massimo 45 giorni.

Accessibilità e disponibilità

Tutti i cittadini hanno diritto ad avere la cartella clinica e la documentazione prodotta nel corso del ricovero in tempi congrui ed in ogni momento in cui ne hanno bisogno.

Durante il ricovero

- Nel corso del ricovero il paziente, o un suo delegato, può accedere alla cartella clinica e alla documentazione sanitaria o visualizzarla se in formato elettronico: può fare domande circa i contenuti e chiederne copia aggiornata alla data della richiesta.

Dopo le dimissioni

- Dopo le dimissioni, il cittadino può chiedere una copia della documentazione sanitaria ogni volta che ne abbia bisogno. L'ospedale si impegna a rendere disponibile la copia conforme dall'originale entro massimo 15 giorni dalla richiesta o dall'archiviazione.
- L'ospedale prevede tempi non superiori alla settimana per il rilascio della documentazione conforme all'originale in caso di urgenze. Le modalità di tale rilascio sono chiare e comunicate al cittadino, anche attraverso l'ausilio di appositi cartelli.
- Cartella clinica conforme all'originale, immagini diagnostiche, eventuali registrazioni e filmati di consenso informati o interventi chirurgici, se richiesto, sono rilasciati anche in formato non cartaceo, attraverso la consegna di copia masterizzata di CD o DVD.

Tutela della riservatezza

Tutti i cittadini hanno diritto alla protezione della propria privacy. Le misure adottate dalla struttura sono chiare; la documentazione ed i dati sono trattati con cura; le comunicazioni sono date a terzi solo se preventivamente autorizzate dall'interessato.

- Il paziente riceve l'informativa sulla privacy con un linguaggio comprensibile e dettagliato. Riceve informazioni su chi ha accesso ai suoi dati (medici di famiglia, del

reparto ove è ricoverato, farmacisti), quale utilizzo ne sarà fatto, l'eventuale obbligatorietà dell'autorizzazione al trattamento dei dati.

- Il paziente indica le persone autorizzate (familiari o conoscenti) a ricevere informazioni sul suo stato di salute: sono registrati i loro dati anagrafici ed i recapiti telefonici.
- In caso di paziente sottoposto a sperimentazioni cliniche sono indicati gli accorgimenti e le misure che i promotori degli studi adottano per il trattamento dei dati personali.
- La documentazione sanitaria portata in ospedale dal cittadino è custodita con la massima cura dal personale del reparto ed è riconsegnata al proprietario dopo la consultazione e comunque a fine ricovero.

Consenso informato

Tutti i cittadini hanno diritto a decidere liberamente se sottoporsi o meno ad ogni procedura invasiva; la cartella clinica documenta il processo di acquisizione del consenso.

- In caso di procedure invasive è documentata l'acquisizione del consenso, con riferimenti temporali e del professionista, assicurando congruo anticipo rispetto all'esecuzione della procedura.
- E' documentato in cartella clinica il processo informativo: modi, tempi e persone che hanno dato informazioni sulla prestazione.

Elementi di continuità assistenziale e dimissioni

Tutti i cittadini hanno diritto a trovare nella cartella clinica informazioni socio-sanitarie utili ai fini della continuità delle cure dopo il ricovero.

- Prima della dimissione si annotano in cartella le informazioni relative agli interventi socio-assistenziali e territoriali attivati per l'eventuale erogazione di presidi, protesi e ausili; per l'accesso in Residenze Sanitarie Assistenziali, trasferimenti, attivazione dell'assistenza domiciliare, passaggio di consegne con i medici di famiglia, etc.
- Sono riportate informazioni per garantire la continuità delle cure: la cartella riporta nome e recapiti del medico di famiglia, allega eventuali comunicazioni scritte dello

stesso sul paziente utili ai fini del ricovero: condizioni di salute, terapie farmacologiche e non, etc.

- All'atto della dimissione viene formulata una valutazione finale che descrive diagnosi e condizioni cliniche del paziente dimesso.
- Il paziente riceve una lettera di dimissione indirizzata al medico curante che riporta la diagnosi, la terapia praticata, il decorso, le indicazioni mediche e infermieristiche, l'eventuale terapia del dolore ed i comportamenti da adottare. Contiene anche i nomi e i recapiti telefonici degli operatori di riferimento a cui il paziente può rivolgersi in caso di necessità. Riceve informazioni pratiche, per sé e per i caregivers, sulla gestione delle terapie dopo il ricovero.

La Carta della qualità della cartella clinica è realizzata in collaborazione con

AIDOS, Associazione Italiana Documentazione Sanitaria

AIFI, Associazione Italiana Fisioterapisti

Anaa Assomed, Associazione Medici Dirigenti

CCN, Coordinamento Nazionale Caposala

Con la revisione ed il contributo del CNR, Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto Tecnologie Biomediche.

con il sostegno di

MARSH