



# La Cartella sanitaria unica e integrata dell'ASL CN2

**Dr.ssa Maria Cristina FRIGERI**

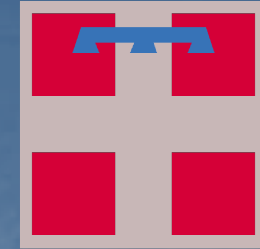
Direttore Medico P.O. Alba-Bra

**Dr. Riccardo PAPALIA**

Dirigente Medico S.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio Alba-Bra

Alba, 9 Ottobre 2012

# NORMATIVA REGIONALE



Determinazione n. 497 del 23 Luglio 2012 della Regione Piemonte – Direzione Sanità. Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte, che:

- Approva il documento Allegato 1 “Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte”
- Approva il documento Allegato 2 “Griglia di valutazione della cartella clinica”
- Richiede ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e delle Case di Cura private di garantirne l’osservanza

# Allegato 1

*(Determinazione n. 497 del 23 Luglio 2012 della Regione Piemonte – Direzione Sanità)*

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



Il presente documento ha lo scopo di fornire le indicazioni prioritarie riguardanti la corretta compilazione e gestione della cartella clinica

# Requisiti per la corretta gestione della cartella clinica

1. le cartelle cliniche devono essere documentate accuratamente ed in maniera tempestiva, devono essere facilmente accessibili e consentire un sollecito recupero delle informazioni, inclusi i dati statistici;
2. le cartelle cliniche devono contenere informazioni idonee ad identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento e documentare accuratamente il decorso dell'assistenza ed i relativi esiti;
3. le cartelle cliniche devono rispondere a condizioni di riservatezza, sicurezza, leggibilità, completezza e certificazione dei compilatori;
4. le cartelle dei pazienti dimessi devono essere completate entro un periodo di tempo che in nessun caso deve essere superiore a 30 giorni dopo la dimissione o dalla refertazione dell'ultima indagine;
5. una cartella clinica deve essere considerata completa quando i contenuti informativi previsti, comprese la sintesi clinica e le note conclusive, siano assemblate e certificate, e quando siano state registrate tutte le diagnosi finali e tutte le complicazioni, senza ricorrere a simboli o abbreviazioni;
6. nell'ambito del complessivo programma di valutazione della qualità dell'istituto di cura deve essere previsto il ruolo per le attività di compilazione e gestione delle cartelle cliniche."

# Requisiti di contenuto

- **Rintracciabilità:** possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione del paziente.
- **Chiarezza:** Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile
- **Accuratezza:** occorre garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni (es. corrispondenza tra terapie prescritte e terapie somministrate)
- **Veridicità:** Tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi.  
Non va mai usato il correttore (bianchetto) e non sono consentite cancellazioni con gomma. Per errori commessi all'atto della stesura, si traccia una riga con inchiostro indelebile sulla scritta in modo tale che essa risulti comunque leggibile, con la data della correzione stessa e la firma di chi corregge.

- **Pertinenza:** Le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative
- **Completezza:**
  - Ogni cartella clinica identifica in modo univoco un ricovero.
  - Essa viene aperta al momento di accettazione della persona assistita e chiusa alla data di dimissione della stessa.
  - Per ogni ricovero la cartella clinica è unica, a prescindere dal numero di trasferimenti interni.
  - Nei passaggi da acuzie a postacuzie e viceversa e la conversione dal regime diurno a quello ordinario occorre predisporre una cartella per ogni ricovero.
  - Una sola cartella non può essere relativa a più ricoveri.
  - Nella cartella clinica sono allegati, quale parte integrante, i documenti attestanti le prestazioni eseguite.

# Stato "dell'arte"

-S.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio  
-S.O.C. S.I.T.R.P.O.



1

Richiesta/Raccolta delle Cartelle Cliniche  
in uso nei singoli reparti



2

Confronto tra i format delle Cartelle Cliniche  
delle SS.OO.CC. di ricovero

- frontespizio
- inquadramento dell'assistito
- diario clinico



3

Analisi dei punti di forza e criticità

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

- Nel nostro Presidio, anche presso SS.OO.CC. di stessa area nosologica, vengono adottate cartelle cliniche strutturate con frontespizi differenti

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra

Regione Piemonte  
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2  
S.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE D'URGENZA  
DIRETTORE DR. BRUNO ALUFFI  
Ospedale S. Lazzaro Via Pierino Balli, 26 12051 Alba  
Tel. 0173/316490 Fax 0173/316578  
E-mail: medicina.alba@aslcn2.it

**ASL CN2**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_  
 Ricoverato il \_\_\_\_\_ Dimesso il \_\_\_\_\_  
 Pte in appoggio in \_\_\_\_\_ Pte trasferito da / in \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Grado di istruzione \_\_\_\_\_  
 Professione/attività lavorativa \_\_\_\_\_  
 Medico curante \_\_\_\_\_

Precedenti ricoveri in questo ospedale \_\_\_\_\_  
 Parente di riferimento \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

Condizioni abituali a domicilio

Cond. Gen.	Stato mentale	Mobilità	Autonomia	Dispositivi	Vive	Alimentazione
<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Comunità	<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Discrete	<input type="checkbox"/> Rallentato	<input type="checkbox"/> Carcinica	<input type="checkbox"/> Limitato	<input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> Famiglia	<input type="checkbox"/> Autonomia
<input type="checkbox"/> Scadenti	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> con slutto	<input type="checkbox"/> Non autosuff.	<input type="checkbox"/> Calestere	<input type="checkbox"/> Vicino alla famiglia	<input type="checkbox"/> Con aiuto
<input type="checkbox"/> Pesante	<input type="checkbox"/> Agitato	<input type="checkbox"/> Carrozzina			<input type="checkbox"/> Diabetice	<input type="checkbox"/> Iposodica
	<input type="checkbox"/> Sospeso	<input type="checkbox"/> Connetto a letto			<input type="checkbox"/> Solo sociali	
	<input type="checkbox"/> Coma					

REGIONE PIEMONTE  
Non c'è cura senza cuore

S.O.C. MCAU Alba

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra

Presidio Ospedaliero S. Lazzaro - ALBA  
S.O.C. MEDICINA GENERALE ALBA-CANALE  
Direttore: Dott. Maria Vittoria ODDERIO  
Tel. 0173 - 316251 - Fax 0173 - 316277  
E-mail: medicina.alba@aslcn2.it

**ASL CN2**

N. \_\_\_\_\_  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Medico Curante \_\_\_\_\_  
 Ricoverato il \_\_\_\_\_ Dimesso il \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE**

Precedenti ricoveri in questo ospedale \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

REGIONE PIEMONTE  
Non c'è cura senza cuore

S.O.C. Medicina Generale  
- Alba -

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra

Presidio Ospedaliero S. Spirito - BRA  
S.O.C. MEDICINA GENERALE  
P.I.Cod. Fisc. 02419170044

**ASL CN2**

Sig. \_\_\_\_\_ N. Archivio \_\_\_\_\_  
 Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
 Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_  
 Indirizzo del paziente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Occupazione \_\_\_\_\_  
 Allergie \_\_\_\_\_

DATA EVENTI \_\_\_\_\_

**A. FAMILIARE**

**A. PERSONALE** FUMO NO  <10  10-20  >20  ALCOOL <30  gr./die  <60 gr./die   
 DIVERSI  ND  >30 <60 gr./die

**A. PAT. REMOTA**

REGIONE PIEMONTE  
Non c'è cura senza cuore

S.O.C. Medicina Generale  
- Bra -

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Stesso riscontro tra le cartelle adottate dalle SS.OO.CC. di Chirurgia Generale del Presidio

A.S.L. CN2  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra  
Via Valle, 10 12051  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316460  
e-mail: aslcn2@legimas.it www.aslcn2.it

PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA  
S.O.C. CHIRURGIA GENERALE  
Direttore: Dott. Salvatore CAMERA  
P.I./Cod. Fis. 02

Cognome e nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Medico di base: Dott. \_\_\_\_\_

Data del ricovero \_\_\_\_\_ Data dimissione \_\_\_\_\_

Diagnosi di ammissione: \_\_\_\_\_

Data intervento: \_\_\_\_\_

Descrizione intervento: \_\_\_\_\_

Diagnosi di dimissione: \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
1/100 - REGIONE Piemonte - San. Coop. Ser. 0000

S.O.C. Chirurgia Generale Alba

A.S.L. CN2  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra  
Via Valle, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316460  
e-mail: aslcn2@legimas.it www.aslcn2.it

PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO - BRA  
S.O.C. CHIRURGIA GENERALE  
Direttore: Dott. Marco VALENTE  
P.I./Cod. Fis. 02499170044

REGIONE PIEMONTE  
1/100 - REGIONE Piemonte - San. Coop. Ser. 0000

Non c'è cura senza cuore  
Dipartimento Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Chirurgia Generale Bra

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Altro esempio di frontespizi completamente differenti per SS.OO.CC. del Presidio di stessa area nosologica

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Villa, 10 - 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0172 318111 Fax +39 0172 316480  
e-mail: aslcn2@agelmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fide. 02419170044

**PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA**  
**S.O.C. ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA**  
Direttore: Dott. Vitor POCISSO

**CARTELLA CLINICO - ASSISTENZIALE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ M  F

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Domicilio Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. Personale \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Tel persona di riferimento \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Risorse:  DEA  
 Ordinario:

P.P. data \_\_\_\_\_

Data presentazione \_\_\_\_\_ Priorità: A  B  C  E  Urgenza da Sanitario

Entrata \_\_\_\_\_

Uscita \_\_\_\_\_

DIAGNOSE:

Terapia: Medica  Ortopedica  Chirurgica  Riabilitativa

REGIONE PIEMONTE  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
Alba

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Villa, 10 - 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0172 318111 Fax +39 0172 316480  
e-mail: aslcn2@agelmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fide. 02419170044

**PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO - BRA**  
**S.O.C. ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA**  
Tel. 0172 / 400855 - Fax 0172 / 420144

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

DATA di NASCITA \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
Bra

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Le SS.OO.CC. di Ostetricia e Ginecologia presentano anche loghi aziendali differenti !!

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316490  
e-mail: aslcn2@legalmi.it www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 0241917044

**PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA**  
**S.O.C. OSTETRICA e GINECOLOGIA**

**CARTELLA OSTETRICA**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ LETTO \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_\_  
DIAGNOSI \_\_\_\_\_

GRUPPO RH A  B  AB  0  POS  NEG   
IMMUNOPROFILASSI IL \_\_\_\_/\_\_\_\_ e \_\_\_\_/\_\_\_\_ ESEGUITA DA \_\_\_\_\_

DIABETE  IPERTENSIONE  EDEMI  VARICI   
ALLERGIE  ALTRO

ESAMI URGENTI ESEGUITI IL \_\_\_\_\_ EGG IL \_\_\_\_\_  
ALTRO \_\_\_\_\_  
TAMPONE Streptococco B POS  NEG  ATB   
PROM \_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

PARTO: DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ INDOTTO con PGE  OT   
EUTOCICO   
DISTOCICO  VEM  FORCIPE  TC   
LACERAZIONE  EPISIOTOMIA   
SECONDAMENTO: SPONTANEO  MANUALE   
REVISIONE C.U.  TAMPONAMENTO: VAGINALE  UTERO-VAGINALE   
CATETERE V.  RIMOSSO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
POST-PARTUM: \_\_\_\_\_

MINZIONE SPONTANEA

ABORTO: DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_ GEU DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
REVISIONE C.U.  TAMPONAMENTO: VAGINALE  UTERO-VAGINALE   
POST-ABORTO: \_\_\_\_\_  
MINZIONE SPONTANEA

GIORNATA 0 I II III IV V VI VII VIII IX X  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
www.regione.piemonte.it/1076  
E119450 "020104" Soc. Coop. San. Alfa

Non c'è cura  
senza cuore  
Azienda Sanitaria Regionale del Piemonte

S.O.C. Ostetricia e Ginecologia  
Alba

**REGIONE PIEMONTE**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE n. 18 - ALBA-BRA**  
PRESIDIO OSPEDALIERO "S. SPARDO"  
Via Vittorio Emanuele, 3 - Tel. (0172) 420111  
12042 BRA

**SEZIONE GINECOLOGICA**

**S.O.C. OSTETRICA e GINECOLOGIA**  
Tel. 0172 - 420320/203205

Direttore Ostetrico-Ginecologo: Prof. M. ARDIZZOIA  
Tel. 0172 - 420675

Data ricovero \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  
N. di Registro \_\_\_\_\_ Data di dimissione \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ In \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
ALLERGIE SI  NO

**RIASSUNTO CLINICO**

Diagnosi \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_  
Visita di dimissione \_\_\_\_\_

Si consiglia \_\_\_\_\_  
Il Medico di Reparto \_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI: \_\_\_\_\_

8102000 Copertina scocca "020104" Alfa 2000/2100/2190

S.O.C. Ostetricia e Ginecologia  
Bra

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Una medesima S.O.C. utilizza frontespizi completamente differenti per sede

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fisc. 02419170044

PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA  
S.O.C. PEDIATRIA

**CARTELLA CLINICA**

N° \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Ricoverato il \_\_\_\_\_

Dimesso il \_\_\_\_\_

Post-Ricovero il \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
114500 \*02419170044

Non c'è cura senza cuore  
Giunta Sanitaria Regionale del Piemonte

S.O.C. Pediatria - Alba

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fisc. 02419170044

PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO - BRA  
S.O.S. PEDIATRIA  
Responsabile ff.: Dott. Alberto SERRA

**CARTELLA CLINICA**

Registro Amministrativo N. \_\_\_\_\_ Registro di Rep. N. \_\_\_\_\_ Letto N. \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATA IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ NUMERO TELEFONICO \_\_\_\_\_

INVIATO DA: \_\_\_\_\_ RICOVERATO IL \_\_\_\_\_ USCITO IL \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE: \_\_\_\_\_

ESITO: GUARITO  MIGLIORATO  STAZIONARIO  DECESSATO   
RITIRATO VOL.  TRASFERITO A \_\_\_\_\_

DENUNCIA MALATTIA INFETTIVA \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

Notizie demografiche: persone conviventi in famiglia N. \_\_\_\_\_  
Età, regione di provenienza professione dei genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE**

GENTILIZIO \_\_\_\_\_

COLLATERALI E CONVIVENTI \_\_\_\_\_

MADRE di aa \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ : menarca aa \_\_\_\_\_ : flussi successivi: \_\_\_\_\_

Gravidanze n. \_\_\_\_\_ : di cui abortive \_\_\_\_\_ : l'attuale ricoverato è nato dalla \_\_\_\_\_ gravidanza gruppo Rh \_\_\_\_\_

Malattie di rilievo: \_\_\_\_\_

PADRE di aa \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ gruppo Rh \_\_\_\_\_

Malattie di rilievo: \_\_\_\_\_

FRATELLI E SORELLE del ricoverato: \_\_\_\_\_

Loro malattie di rilievo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
0124502 \*02419170044

Non c'è cura senza cuore  
Giunta Sanitaria Regionale del Piemonte

S.O.S. Pediatria - Bra

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Modelli di cartella clinica differenti adottati dalle SS.OO.CC. di Area Medica del Presidio

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fisc. 02419170044

PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA  
S.O.C. NEUROLOGIA  
Direttore: Dott. Giovanni ASTEGGIANO

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**N° S.S.N.** \_\_\_\_\_ **E.T.** \_\_\_\_\_ **Medico curante** \_\_\_\_\_

**Altri recapiti telefonici** \_\_\_\_\_

**GRUPPO SANGUIGNO:** \_\_\_\_\_

**INTOLLERANZA AI MEDICAMENTI:** \_\_\_\_\_

**PRECEDENTI RICOVERI**

Data	Reparto	Diagnosi
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

REGIONE PIEMONTE  
1177617 "INFORM" Soc. Coop. Soc. Altas  
Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Neurologia

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fisc. 02419170044

PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA  
S.O.C. NEFROLOGIA, DIALISI e NUTRIZIONE CLINICA  
Direttore: Dott. Giusto VIGLINO

Nome \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_

Convenienza  Solo  Coniuge  Figli  Parenti  Altri

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio: via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ N. tel. \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANAMNESI PAT. REMOTA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Intolleranza Medicamentosa:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
116907 "INFORM" Soc. Coop. Soc. Altas  
Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Nefrologia

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it

PI/Cod. Fisc. 02419170044

PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA  
S.O.C. CARDIOLOGIA e UTIC

Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Grado di istruzione \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Precedenti ricoveri in questo Ospedale:**

Data di entrata	Data di uscita	Diagnosi
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**INTOLLERANZE FARMACOLOGICHE:** \_\_\_\_\_

**FATTORI DI RISCHIO E ABITUDINI DI VITA:**

Diabete Mellito \_\_\_\_\_ trattato con: \_\_\_\_\_

Iperensione \_\_\_\_\_ trattata con: \_\_\_\_\_

Fumo \_\_\_\_\_ Stress: \_\_\_\_\_

Attività fisica: \_\_\_\_\_

Dieta: \_\_\_\_\_ Alcol: \_\_\_\_\_

Altri fattori: \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

Menarca: \_\_\_\_\_ Flussi: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_

Gravidanze: \_\_\_\_\_ Figli: \_\_\_\_\_ Servizio Militare: \_\_\_\_\_

Alvo: \_\_\_\_\_ Diuresi: \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
116907 "INFORM" Soc. Coop. Soc. Altas  
Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Cardiologia e UTIC

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Modelli di cartella clinica differenti adottati dalle SS.OO.CC. di Area Chirurgica del Presidio

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra  
Via Vido, 10 - 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it  
P.I.Cod. Fisc. 02419170044

**PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA**  
**S.O.C. OCULISTICA**  
Direttore: Dott. Alberto ALBERTI

CARTELLA NR. \_\_\_\_\_ Data Prenotazione \_\_\_\_\_ Data ricovero: \_\_\_\_\_

D.H.     D.S.     REGIME AMBULATORIALE     RIC. ORD.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Inviato da Dr \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

**Anamnesi familiare e fisiologica:**     NEGATIVA     POSITIVA PER: \_\_\_\_\_

**Anamnesi patologica remota:**     NEGATIVA     POSITIVA PER: \_\_\_\_\_

**ALLERGIE:**     NON RIFERITE     SI PER: \_\_\_\_\_

**Anamnesi specialistica:** \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Oculistica

**ALBA** Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it  
P.I.Cod. Fisc. 02419170044

**PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA**  
**S.O.C. UROLOGIA**  
Direttore: Dott. Giuseppe FASOLIS

Cognome e nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_ ( ) / / \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Medico di base: Dott. \_\_\_\_\_

Data del ricovero \_\_\_\_\_ N° Nos. \_\_\_\_\_

Data dimissione \_\_\_\_\_ N° Cartella \_\_\_\_\_

**Diagnosi di ammissione:** \_\_\_\_\_

Data intervento \_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. Urologia

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra  
Via Vido, 10 - 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it www.aslcn2.it  
P.I.Cod. Fisc. 02419170044

**PRESIDIO OSPEDALIERO S. LAZZARO - ALBA**  
**S.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA**  
Direttore: Dott. Edoardo PAGANELLI

N. \_\_\_\_\_ LETTO N. \_\_\_\_\_  
20 \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Ente assistenziale \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Data di entrata \_\_\_\_\_ Data di uscita \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_  
Diagnosi \_\_\_\_\_

**GRUPPO SANGUIGNO:** \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
Non c'è cura senza cuore  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

S.O.C. ORL

# Situazione attuale

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

Frontespizi di cartella clinica utilizzati nel SPDC e nella S.O.C. Anestesia Rianimazione Terapia antalgica del Presidio

**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**  
**S.O.C. OSPEDALIZZAZIONE PSICHIATRICA**  
**SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

CARTELLA N°

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ esenz. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
 Situazione legale \_\_\_\_\_  
 Persone di riferimento \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Medico di base \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Diagnosi di ingresso \_\_\_\_\_

INGRESSO		TRASFERIMENTO/DIMISSIONE	
ii	ii	ii	ii
ii	ii	ii	ii
ii	ii	ii	ii
ii	ii	ii	ii

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

REGIONE PIEMONTE  
www.regione.piemonte.it

Non c'è cura senza cuore  
Azienda Sanitaria Regionale del Piemonte

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

CODICE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 18 - ALBA-BRA  
PRESIDIO OSPEDALIERO "S. LAZZARO" - ALBA

**S.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE TERAPIA ANTALGICA** RESIDUE "SEMONTI"  
A.S.L. CN2 - "Alba-Bra"  
S.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ALBA  
Dot. Luca Grazzini MASSARO  
Direttore

**S.O.S. RIANIMAZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

CONSEGNA PARENTI \_\_\_\_\_ infermiere \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Parente \_\_\_\_\_

ENTRATO II \_\_\_\_\_  
 PROVENIENZA \_\_\_\_\_  
 TRASFERITO II \_\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_  
 USCITO II \_\_\_\_\_  
 ESITO \_\_\_\_\_  
 PROGNOSI RISERVATA \_\_\_\_\_ sì  no   
 Scioglimento PROGNOSI II \_\_\_\_\_

RELIGIONE \_\_\_\_\_  
 UNZIONE INFERMI \_\_\_\_\_  
 ANTITETANICA \_\_\_\_\_ sì  no   
 GASTROLISI \_\_\_\_\_ sì  no   
 INTUBAZIONE \_\_\_\_\_ sì  no   
 TRACHEOSTOMIA \_\_\_\_\_ sì  no

ANAMNESI FAMILIARE

	PADRE	MADRE	FRATELLI	FIGLI
Deceduto				
Sano				
Cardiopatie				
Ipertensione				
Diabete				
Allergie				
Malattie Polmonari				

ALLERGIE \_\_\_\_\_  
 TERAPIA DOMICILIARE \_\_\_\_\_  
 ANAMNESI FISILOGICA  
 Occupazione \_\_\_\_\_  
 Rischio di malattia professionale . . . sì  no   
 Cause \_\_\_\_\_  
 Obesità \_\_\_\_\_  
 Alcolici . . . . . sì  no   
 Ex-bevitore . . . . . sì  no   
 Forte bevitore . . . . . sì  no   
 Fumatore . . . . . sì  no   
 Ex-fumatore . . . . . sì  no   
 Oltre 20 sigarette . . . . . sì  no   
 Uso abituale di sostanze stupefacenti sì  no   
 Uso abituale di farmaci . . . . . sì  no   
 a) ipnotici  e) anticoagulanti   
 b) tranquillanti  f) cortisonici   
 c) antinevralgici  g) cardiotonici   
 d) lassativi  h) altri farmaci

S.O.C. Anestesia Rianimazione  
Terapia antalgica - Alba

## ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE ESISTENTE

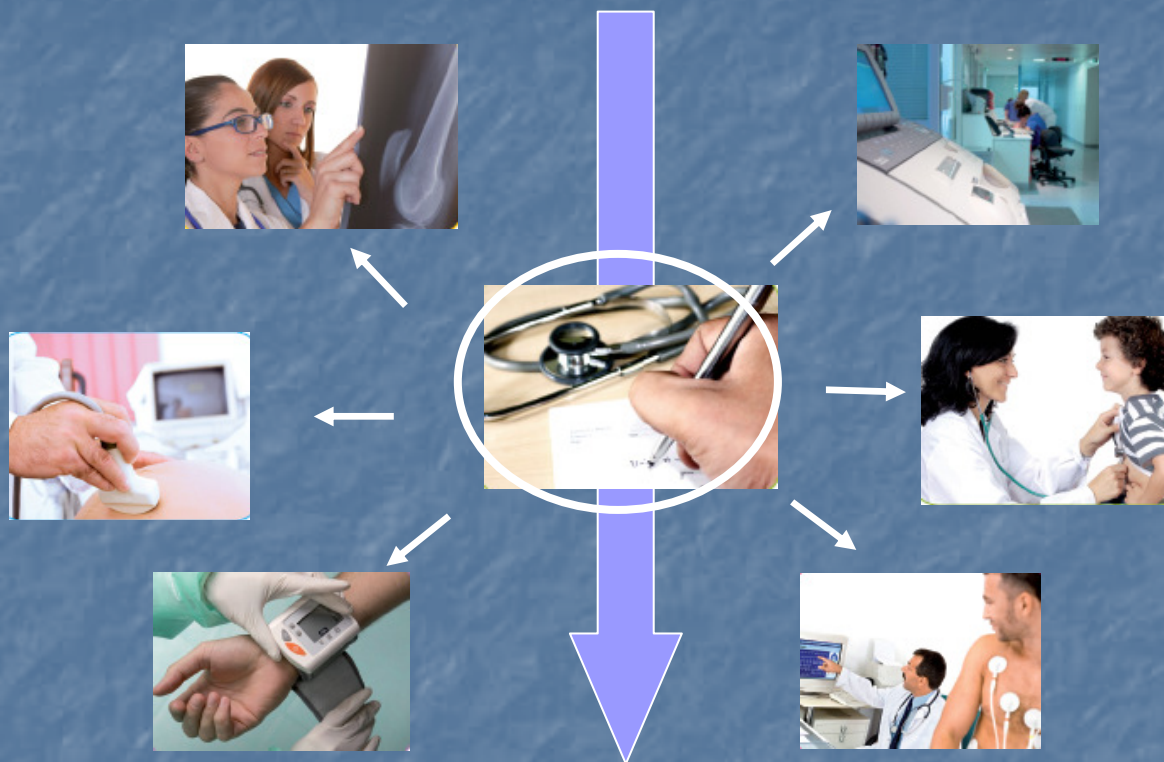
- Nel nostro Presidio vengono adottate quindi cartelle cliniche strutturate in maniera completamente diversa e poco rispondenti alle indicazioni della normativa regionale

## PROSPETTIVE FUTURE

- Adozione di una cartella sanitaria unica, integrata
- informatizzata



# Centralità del paziente



**Centralità della documentazione clinica**

**Elemento essenziale per la qualità,  
continuità e coordinamento delle cure**

# Cartella sanitaria unica e integrata

- **Strumento unico e multidisciplinare** che raccoglie tutte le informazioni legate alla cura ed all'assistenza dell'utente.
- Nasce dalla consapevolezza che non si possono erogare risposte adeguate ai bisogni del paziente se non vi è un **coordinamento** dei processi clinici/assistenziali ed un' **integrazione** dei saperi e delle abilità di tutti gli operatori professionali

# Cartella sanitaria unica e integrata

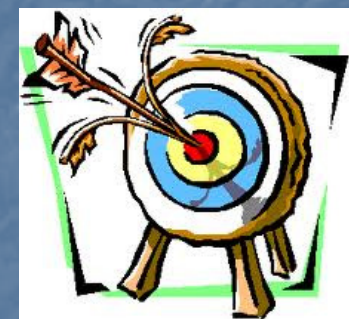
## Finalità

- Favorire l'approccio multidisciplinare ai problemi di salute del paziente
- Favorire la pianificazione delle attività sanitarie
- Aumentare la trasparenza degli atti medici ed infermieristici
- Ottimizzare il tempo/lavoro per altre attività clinico/assistenziali
- Ridurre le possibilità di errore
- Migliorare la qualità della documentazione sanitaria

# Il progetto aziendale per una cartella sanitaria unica e integrata

## Obiettivi generali:

- Fornire agli operatori sanitari uno strumento di lavoro di semplice gestione, di utilità clinica, uniforme tra S.O.C. che integri le diverse competenze professionali nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale
- Fornire a tutti coloro i quali abbiano necessità di consultare la cartella sanitaria (pazienti, medici, autorità giudiziaria) una documentazione completa, tracciabile, accurata, pertinente e veritiera, di chiara e semplice consultazione.



# Il progetto aziendale per una cartella sanitaria unica e integrata



## Obiettivi specifici da realizzarsi entro il 31/12/12

- Definire i requisiti e gli elementi essenziali del contenuto della cartella sanitaria integrata, da utilizzarsi anche ai fini di una successiva informatizzazione della stessa;
- Elaborare stampati adatti a registrare ed integrare in modo appropriato, efficace ed efficiente le informazioni di cui al punto precedente;
- Elaborare una griglia per il monitoraggio e la valutazione della gestione della cartella sanitaria integrata;
- Elaborare e diffondere una procedura aziendale per la gestione della cartella sanitaria integrata.

# Il progetto aziendale per una cartella sanitaria unica e integrata

## Fasi:

1. Attivazione del gruppo di lavoro
2. Analisi della documentazione sanitaria in uso e confronto con standard (audit sulla cartella clinica)
3. Definizione del data set ed elaborazione del format della cartella sanitaria unica e integrata alla luce anche di altre esperienze
4. Elaborazione della procedura Aziendale per la gestione della cartella sanitaria unica e integrata e sua diffusione
5. Sperimentazione del format nelle SS.OO.CC. e validazione

# Che cosa abbiamo fatto

**S.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio e S.O.C. S.I.T.R.P.O.**

**Ricerca bibliografica**

**Individuazione in ciascuna S.O.C. di ricovero di**

- Referente Medico
- Referente Infermieristico

**Costituzione del Gruppo di Lavoro**



# Ricerca bibliografica

- Sono stati individuati e condivisi col gruppo di lavoro i 3 documenti più significativi

1

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

*(Determinazione n. 497 del 23 Luglio 2012 della Regione Piemonte – Direzione Sanità)*

2

Sviluppo di un modello di Cartella Paziente Integrata.  
Ministero della Salute

3

Manuale della Regione Lombardia (2007)

# Attivazione del gruppo di lavoro

## Referenti di progetto per ciascuna S.O.C.

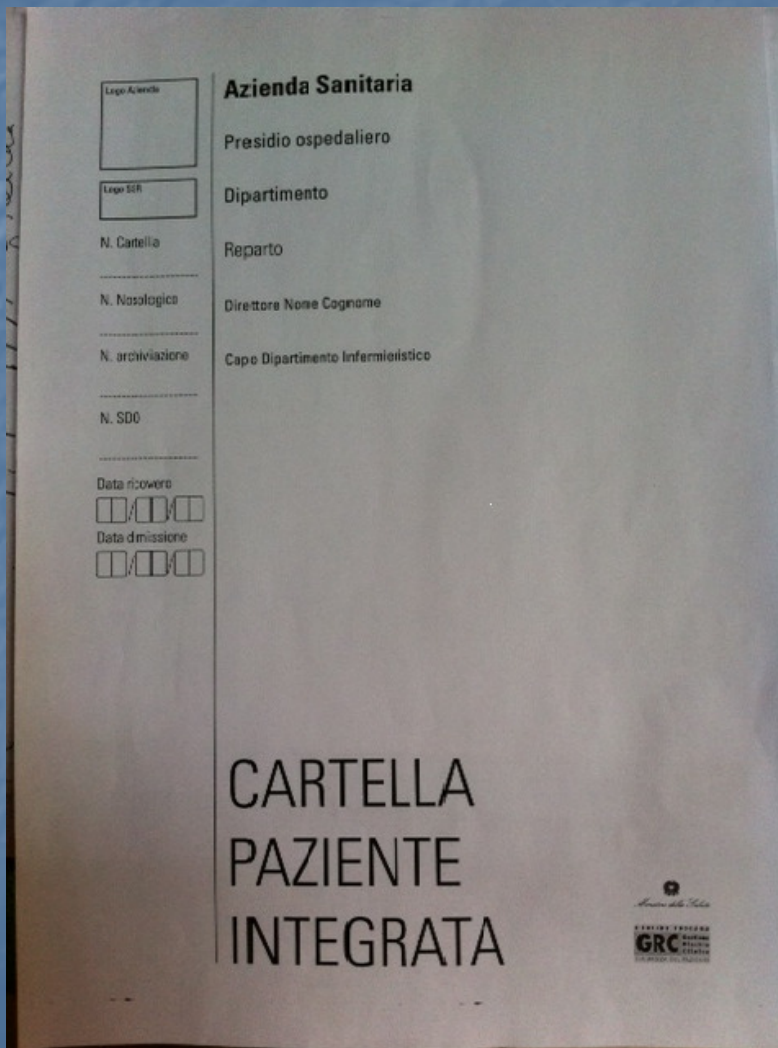
COGNOME	NOME	S.O.C.
Capra Porro	Luigina Carla	Anestesia e Rianimazione Alba
Allemani Capriolo	Guido Daniela	Anestesia e Rianimazione Bra
Actis P. Salcio	Emma Graziella	Cardiologia-Utic
Cavalli Costa	Sebastiano Barbara	Chirurgia Alba
Torre Vernassa	Giovanni Anna	Chirurgia Bra
Canavero Isoardi	Giampiero Ilaria	Medicina Bra
Bona	Maria Pia	Lungodegenza Bra
Aluffi Giordano	Enzo Annamaria	MECAU Alba
Oddero Cordero	Maria Vittoria Lucia	Medicina 2 Alba
Dellapiana	Piercarlo	S.O.S. Lungodegenza Canale
Girauda Pastura	Marco Tiziana	Neurologia
Benci Ripa	Paola Virginia	Oculistica
Castiglione Grasso	Federico Bruna	Oncologia

COGNOME	NOME	S.O.C.
Paganelli	Edoardo	ORL
Morello Giacone	Barbara Giuseppe Sergio	Ortopedia Alba
Bertolo Racca	Stefano Bruna	Ortopedia Bra
Foglia Canta Aloisio	Massimo Luisella Emilia	Ostetricia - Ginecologia Alba
Dipietro Bergesio	Massimo Laura	Ostetricia - Ginecologia Bra
Rossano Miscali	Claudio Antonella	Pediatria Nido
De Roberto Cabutti Rondina	Salvatore Antonella Alicia	RRF
Iannini Vizzi	Rocco Teresa	Servizio Trasfusionale
Daneluzzo Palma	Enrico Rosa	Ospedalizzazione psichiatrica
Dal Cielo Datturmo	Cecilia Antonietta	Ambulatori
Rinaldi Taretto	Franca Patrizia	Servizio Riabilitazione psichiatrica
Conti Rinaldi	Enrico Marina	Urologia

# Ricerca bibliografica

- Sono stati individuati i 4 modelli di cartella clinica integrata più significativi
  - Modello proposto dal Ministero della Salute
  - Modello adottato presso l'ASL VC
  - Modello adottato presso l'U.L.S.S n°7 – Regione Veneto
  - Modello adottato presso l'ASL TO5

# Modello di cartella integrata proposto dal Ministero della Salute



Logo Azienda  
Logo SSR

**Azienda Sanitaria**  
Presidio ospedaliero  
Dipartimento  
Reparto

N. Cartella  
N. Nosologico  
N. archiviazione  
N. SD0

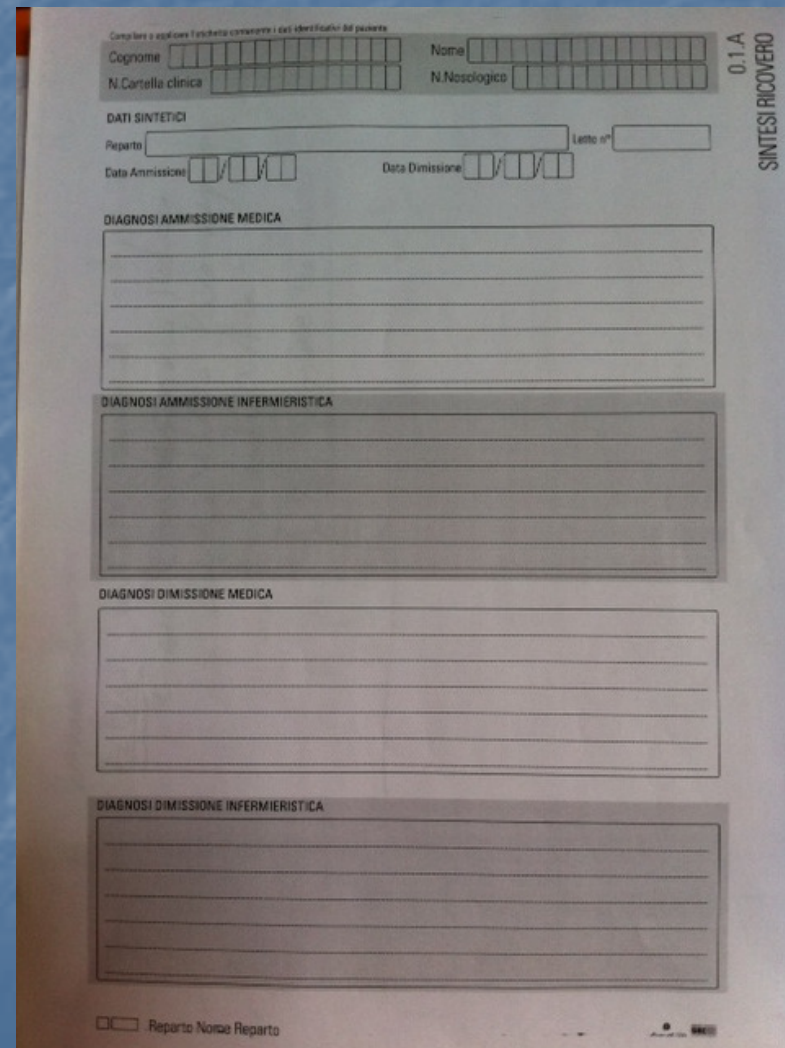
Direttore Nome Cognome  
Capo Dipartimento Infermieristico

Data ricovero  
Data dimissione

**CARTELLA  
PAZIENTE  
INTEGRATA**

**GRC**

Frontespizio



Completare e applicare l'etichetta contenente i dati identificativi del paziente

Cognome  
Nome  
N. Cartella clinica  
N. Nosologico

01.A  
SINTESI RICOVERO

**DATI SINTETICI**  
Reparto  
Data Ammissione  
Data Dimissione  
Letto n°

**DIAGNOSI AMMISSIONE MEDICA**

**DIAGNOSI AMMISSIONE INFERMIERISTICA**

**DIAGNOSI DIMISSIONE MEDICA**

**DIAGNOSI DIMISSIONE INFERMIERISTICA**

Reparto Nome Reparto

Inquadramento dell'assistito



# L'esperienza dell'U.L.S.S. n°7 - Regione Veneto

REGIONE DEL VENETO – U.L.S.S. N. 7

CARTELLA CLINICA

prof. 6827-1664

Frontespizio

REGIONE DEL VENETO  
UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 7  
DIVISIONE DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CARTELLA CLINICA

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
PROFESSIONE \_\_\_\_\_ TIPO DI RICOVERO:  urgente  non urgente  
DATA RICOVERO il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ vaccino profilassi ATT.  Già vaccinato  Fatta  Da fare  
sieroprofilassi ATT.  Fatta  Da fare

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SE TRAUMATIZZATO**

TIPO DI INCIDENTE:  stradale  sul lavoro  domestico  autolesioni  percosse  altre cause: \_\_\_\_\_  
LOCALITÀ DOVE È AVVENUTO L'INCIDENTE: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_  
CIRCOSTANZE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(I dati di questa sezione corrispondono alle dichiarazioni del paziente o degli accompagnatori)

**ANAMNESI FAMILIARE**


LUE  TBC  DIABETE  ALTRE malattie dismetaboliche \_\_\_\_\_  
 MALATTIE DISENDOCRINE \_\_\_\_\_  NEOPLASIE \_\_\_\_\_  
 EMOPATIE \_\_\_\_\_  ALTRO \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FISIOLGICA**

Nascita prematura  No  Sì Parto distocico  No  Sì Anomalie nella crescita  No  Sì  
quali: \_\_\_\_\_  
Idoneità al servizio di leva  Sì  No  
perchè \_\_\_\_\_  
Menarca  No  Sì ad anni \_\_\_\_\_  
Mestruazioni regolari  Sì  No per 1) ritmo 2) quantità 3) durata \_\_\_\_\_  
Gravidanze  No  Sì n. \_\_\_\_\_ Aborti  No  Sì n. \_\_\_\_\_ Figli n. \_\_\_\_\_  
Menopausa  No  Sì ad anni \_\_\_\_\_  Fisiologica  Chirurgica  
Alvo  regolare  stitico  diarroico  irregolare  
Diuresi  regolare  irregolare  nicturia  No  Sì n. minzioni \_\_\_\_\_  
Appetito  regolare  scarso  forte  
Fuma  No  Sì quanto \_\_\_\_\_ Alcool  No  Sì quanto \_\_\_\_\_

Inquadramento dell'assistito

# L'esperienza dell'ASL TO5

 A.S.L. TO5 ASL Toscana Sud-Est	<b>CARTELLA CLINICA INTEGRATA Medicina</b>	S.S. D. Medicina Carmagnola - tel. 011.37191 Responsabile Dott.ssa Arianna Maffoni S.C. Medicina Chieri - tel. 011.24291 Direttore Dott. Renzo Torta S.C. Medicina Moncalieri - tel. 011.82301 Direttore Dott. Claudio Liberto
<input type="checkbox"/> Ospedale S. Lorenzo di Carmagnola	<input type="checkbox"/> Ospedale Maggiore di Chieri	<input type="checkbox"/> Ospedale S. Croce di Moncalieri
Spazio per etichetta		Sezione _____ Letto n° _____
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
COGNOME e NOME _____		
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Naz. _____		
Data di nascita _____ Età _____ Stato civile _____		
Residenza _____		
Domicilio _____		
Recapiti Telefonici _____		
(1) Professione _____ Istruzione: <input type="checkbox"/> 3°/5° elem. <input type="checkbox"/> obbligo <input type="checkbox"/> diploma <input type="checkbox"/> laurea		
(2) Professione _____ Istruzione: <input type="checkbox"/> 3°/5° elem. <input type="checkbox"/> obbligo <input type="checkbox"/> diploma <input type="checkbox"/> laurea		
Medico di base _____		
Data ingresso _____	Ora ingresso _____	Data dimissione _____
Modalità dimissione:		
1 <input type="checkbox"/> deceduto	5 <input type="checkbox"/> dimissione volontaria (contro il parere dei sanitari)	
2 <input type="checkbox"/> dimissione ordinaria al domicilio	6 <input type="checkbox"/> transf. ad altra struttura pubblica o privata per acuti	
3 <input type="checkbox"/> dimissione ordinaria presso RSA	7 <input type="checkbox"/> transf. ad altro regime di ricovero nell'ambito della stessa strutt.	
4 <input type="checkbox"/> dimissione con attivazione di ospedalizzazione a domicilio	8 <input type="checkbox"/> transf. ad istituto di riabilitazione o altra postacuzie	
	9 <input type="checkbox"/> dimissione con attivazione ADI	
Il Direttore di S.C. _____ Il Direttore Sanitario _____		
(1) Se paziente maggiorenne, indicare i dati del paziente; se minorenni, indicare i dati della madre		
(2) Se paziente maggiorenne, non compilare; se minorenni, indicare i dati del padre		
pag. 1		

Inquadramento dell'assistito

# Allegato 2 “Griglia di valutazione della cartella clinica”

ASL CN2  
Servizio I.T.R.P.O.

Direttore Dott. MG Brociero

## GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

STRUTTURA -----

Numero cartella clinica/SDO -----				
ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
1	La cartella clinica è presente per la consultazione? <i>(se la risposta è sì vanno valutati gli elementi successivi)</i>	La Cartella Clinica (C.C.) deve essere documentata accuratamente e in maniera tempestiva, <b>facilmente accessibile e consentire un sollecito recupero delle informazioni (uguale sequenza dei diversi moduli)</b> , inclusi i dati statistici	La cartella deve avere una struttura modulare con moduli numerati, formato A4 (salvo alcuni moduli) e veste grafica uguale per tutto l'ospedale	<b>Ob.:</b> Migliorare l'efficacia della comunicazione (IPSG), <b>standard IPSG.2</b> L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori
		Nell'ambito del complessivo programma di valutazione di qualità della struttura deve essere previsto il ruolo per le attività di compilazione e gestione della C.C.	<b>Moduli di consenso:</b> autorizzazione delle comunicazioni delle informazioni relative al ricovero, per indagine tossicologica, alle procedure terapeutiche, al trattamento anestesilogico, alla conservazione di materiale biologico	<b>Ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.2</b> La politica ospedaliera identifica i soggetti autorizzati a fare annotazioni nelle c.c. e stabilisce il formato e il contenuto delle cartelle cliniche (c.c.)
		Elementi essenziali: diario clinico, C. infermieristica, C. riabilitativa, consenso informato, copia del registro operatorio eventuali informative e volontà dell'assistito, lettera di dimissione, SDO, documenti giustificativi del percorso clinico		
2	Cartella clinica / numero SDO (da SDO)	La C.C. deve essere conservata presso la SC che ha in carico il ricovero, fino alla sua chiusura	Numero di cartella clinica e numero nosologico	
3	Reparto ricovero (confronto tracciato SDO)			
4	Copia documento del paziente	Dati di indentificazione della paziente/persona assistita (p.a.) Dati aggiuntivi nome e recapito MMG e eventuali persone referenti o altri documenti di identificazione se cittadini stranieri	Etichette adesive o braccialetti con: nome e cognome; codice fiscale; sesso; reparto di accettazione; allergie a farmaci; uso di farmaci salvavita <b>OGNI MODULO deve riportare nome, cognome, n° di SDO e di nosologico</b>	<b>Ob.:</b> Identificare correttamente il paziente (IPSG), <b>standard IPSG.1</b> il pz è identificato tramite utilizzo di due dati identificativi ad esclusione di reparto stanza o letto
				<b>Ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.1</b> (specifica dello standard) La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente.

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2

Direttore Dott. MG Brociero

Servizio I.T.R.P.O.

ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA

REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia

MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata

JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali

5	Copia TEAM del paziente			
6	Data ingresso ricovero ((confronto tracciato SDO)	Fase di apertura del ricovero		
7	Data dimissione ricovero ((confronto tracciato SDO)			
8	Scheda di dimissione ospedaliera			
9	Prescrizione del Medico di medicina generale		Modulo di anamnesi remota prevista area per terapia medica in corso	
10	Motivo di ricovero	se R.O. impegnativa MMG/pediatra con proposta di ricovero	Modulo di sintesi del ricovero contenente sintesi del ricovero di informazioni mediche e infermieristiche	
11	Anamnesi patologica prossima	Anamnesi: personale/familiare, prossima e remota	Modulo di anamnesi remota e prossima	Ob: Valutazione del paziente (AOP), standard AOP.1.3 I bisogni di assistenza medica e infermieristica del pz sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.
12	Esame obiettivo all'ingresso		Modulo per esame obiettivo con moduli per EO in ORL e in traumatologia	
13	Esame obiettivo all'ingresso comprendente almeno apparato respiratorio + cardiocircolatorio + sede del problema	+ organi addominali + rilevazione accurata dei segni e dei sintomi con definizione di ipotesi diagnostiche, dei problemi attivi, pianificazione del processo di cura		standard AOP.1.4.1 Le valutazioni medica e inf.ca iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione
		Informazioni idonee a supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, e documentare accuratamente il decorso dell'assistenza e dei relativi esiti.		Ob.: Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) standard MCL19.1 (specifico dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure ed il trattamento
14	Diario medico	Decorso del ricovero e processo di cura (il documento parla di diario clinico e non medico, infatti parla di scritture relative al piano diagnostico, terapeutico e assistenziale)	Modulo di diario integrato (medico, infermiere, dietista, fisioterapista, ...) con rimandi a moduli specifici per consulenze	Ob.: Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) standard MCL19.1 (specifico dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure ed il trattamento
15	Diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza	Descrizione giornaliera del decorso delle patologie e di altri fatti clinici rilevanti da annotare al momento del loro accadimento. Annotazioni su esito favorevole o sfavorevole del percorso curativo adottato.		standard MCL19.1 (specifico dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a documentare il decorso e i risultati del trattamento

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2 Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	Direttore Dott. MG Brociero JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
		referti in originale che riportino: S.C. erogante e richiedente con data e ora, identificazione pz, quesito diagnostico, tipo di es. eseguito, formulazione esito parere, conclusioni diagnostiche con eventuali suggerimenti/commenti		
16	Annotazioni nel diario medico firmate/siglate	Registrazione degli interventi (con riferimenti a protocolli diagnostici/terapeutici validati) multidisciplinari/multiprofessionali corredati di data, ora e firma identificabile		<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
17	Programmazione e relativa pianificazione dell'iter diagnostico-terapeutico			<b>ob.:</b> Cura del paziente (COP), <b>standard COP.2.1</b> L'assistenza e le cure fornite a ciascun pz sono pianificate e documentate in cartella clinica
SITRPO	ACCERTAMENTO DI NURSING INFERMIERISTICO/OSTETRICO/RIABILITATIVO		<b>Modulo di accertamento infermieristico</b> con identificazione dei problemi reali e potenziali, dei risultati e con sintesi dell'anamnesi infermieristica	<b>ob.:</b> Valutazione del paziente (AOP), <b>standard AOP.1.3</b> I bisogni di assistenza medica e infermieristica del pz sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.
		Informazioni idonee a supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, e documentare accuratamente il decorso dell'assistenza e dei relativi esiti.		<b>standard AOP.1.4.1</b> Le valutazioni medica e inf.ca iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione
SITRPO	IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI/PROBLEMI	Individuazione dei problemi attivi a supporto delle diagnosi. Pianificazione dei processi di cura/assistenziali		
SITRPO	DEFINIZIONE OBIETTIVI/RISULTATI ATTESI			<b>standard MCL19.1</b> (specifica dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure ed il trattamento
21	Programmazione e relativa pianificazione degli interventi infermieristici	C. ostetrica prevede: accertamento, sorveglianza stato di salute e benessere materno fetale/neonato, processo diagnostico, pianificazione, realizzazione delle cure		<b>ob.:</b> Educazione del paziente e dei familiari (PFE), <b>standard PFE.1</b> L'organizzazione fornisce l'educazione alla salute a supporto della partecipazione attiva del pz e dei familiari alle decisioni terapeutiche e ai processi assistenziali
				<b>ob.:</b> Assistenza Anestesiológica e chirurgia (ASC) <b>standard ASC.7.3</b> Lo stato fisiologico di ciascun paziente è monitorato su base continua, durante l'intervento e nell'immediato posto operatorio e documentato in cartella clinica
				<b>ASC.7.4</b> L'assistenza post operatoria del paziente è pianificata e documentata

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2 Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	Direttore Dott. MG Brociero JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
18	Diario infermieristico	diario infermieristico/ostetrico	<b>Modulo di diario Integrato</b> (medico, infermiere, dietista, fisioterapista, ...) con rimandi a moduli specifici per consulenze	
19	Diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza/ <b>ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI + SCHEDE SPECIFICHE PUNTO 26</b>	su schede infermieristiche e/o diario giornaliero, indicando per ognuna data e orario, in ordine cronologico, registrando le osservazioni dei cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale	<b>Modulo di sorveglianza post-operatoria in area di risveglio</b> (farmaci, fluidi, segni vitali, diuresi, drenaggi, ecc.) a firma Anestesista/Inf. SO	<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.1</b> (specifico dello standard) La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a documentare il decorso e i risultati del trattamento
			<b>Modulo di rientro in reparto</b> (accessi vascolari, drenaggi, medicazioni, liquidi infusi) a firma Infermiere di SO/SC	
20	Annotazioni nel diario infermieristico firmate/signate/leggibili			<b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
<b>SITRPO VALUTAZIONE DEI RISULTATI</b>				
22	Scheda Unica di Terapia Farmacologica	raccomandazione Ministero Salute n°7/2008	Raccomandazione Ministero Salute n°7/2008 e n°12/2010 <b>Modulo foglio unico di terapia</b> (più uno specifico per la Terapia Intensiva)	
	- data ora inizio terapia			
	-medico prescrittore			
	-operatore sanitario esecutore			<b>ob.:</b> Gestione e utilizzo dei farmaci (MMU), <b>standard MMU.6</b> L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a somministrare i farmaci.
	-descrizione della terapia farmacologica			
	-possibili variazioni o sospensioni della terapia	segnalazione degli eventi avversi legati al trattamento farmacologico		<b>ob.:</b> Gestione e utilizzo dei farmaci (MMU), <b>standard MMU.7.1</b> Gli errori di terapia, compresi i "near miss" sono segnalati con un processo e nei tempi stabiliti
	-registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia al paziente indicati in tempi e modi prescritti	registrazione di avvenuta somministrazione, datata, firmata, con motivazioni in caso di mancata somministrazione		
	Registrazione dei parametri vitali previsti dal M.E.T.- AL + peso corporeo, alvo, ecc		<b>Scheda MEWS</b> (FR, Fc, PA, coscienza, T° corporea, comorbilità)	
	Prescrizioni nutrizionali: dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione			

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2 Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	Direttore Dott. MG Brociero JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
23	Valutazione finale infermieristica rispetto ai risultati assistenziali ottenuti e alla valutazione dei problemi assistenziali e sanitari ancora presenti (con eventuale ipotesi di piano assistenziale extraospedaliero)			
SITRPO	<b>SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA (VERSO DOMICILIO O VERSO ADI/STRUTTURE)</b>	data e firma del medico ovvero da altro personale sanitario responsabile della dimissione, individuato dal direttore sanitario del Presidio	<b>Modulo di relazione di dimissione</b> con parte medica e infermieristica <b>Modulo di attivazione assistenza domiciliare</b> <b>Modulo di trasferimento infermieristico</b> <b>Scheda di valutazione infermieristica - dimissione difficile - BRASS INDEX</b>	<b>Ob.</b> Accesso all'assistenza e Continuità delle cure (ACC), <b>standard ACC.2</b> L'org.ne progetta e implementa processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente al suo interno e il coordinamento tra gli operatori sanitari
				<b>standard ACC.3</b> Esiste una politica che guida la dimissione o l'invio del paziente ad altro professionista sanitario o ad altra struttura sanitaria.
				<b>Ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
	<b>check list per la sicurezza del paziente in sala operatoria</b>		Raccomandazione Ministero Salute n°3/2008 e n°2/2008 <b>Modulo check list sala operatoria:</b> accesso sala - time out - uscita sala	<b>Ob:</b> Assistenza anestesiológica e chirurgica (ASC), <b>standard ASC.5.2</b> Il tipo di anestesia praticato e la tecnica anestesiológica sono scritti in cartella clinica
		Scheda di valutazione anestesiológica: valutazione pre intervento, preanestesia, conduzione anestesiológica, valut. post intervento, vedi dettagli pag. 11 DGR	<b>Modulo di valutazione pre-operatoria</b> <b>Scheda anestesiológica</b>	<b>standard ASC.5.3</b> Lo stato fisiológico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in c.c.
24	Verbale operatorio - descrizione dell'intervento - data dell'intervento - durata dell'intervento - identificazione degli operatori	vedi dettagli completi a pag. 12 regione	<b>Verbale di intervento chirurgico</b>  <b>Modulo tracciabilità sala operatoria</b> Raccomandazione Ministero della salute n°2/2008 - Prevenzione ritenzione garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito operatorio	
25	Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche - data - firma paziente	Documentazione inerente: ogni altra dichiarazione di assenso/dissenso dell'assistito, e/o attestante l'esercizio della legale rappresentanza di terze persone	<b>Moduli di consenso:</b> autorizzazione delle comunicazioni delle informazioni relative al ricovero, per indagine tossicologica, <b>alle procedure terapeutiche, al trattamento anestesiológico</b> , alla conservazione di materiale biologico	

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2 Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	Direttore Dott. MG Brociero JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
	- firma medico			<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
26	Accuratezza nell'adozione di scale di valutazione:			
	- valutazione del dolore	Raccomandata la scala numerica 0 -10 o altre schede individuate dal Comitato "Ospedale Senza Dolore"	Scheda di valutazione Infermieristica - Scheda PAINAD Scheda di rilevazione e monitoraggio del dolore	
	- scala di Braden		Scheda di valutazione Infermistica con scala di Braden	
	- Scala di Barthel O ALTRE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA		Scheda di valutazione Infermieristica con Barthel Index	
	- Water Swallow test - Monitoraggio e gestione accesso venoso			
SITRPO e Nutrizione Clinica	SCHEDA VALUTAZIONE MALNUTRIZIONE	dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione	Scheda di valutazione Infermieristica - Scheda MUST (BMI, Calo ponderale, alimentazione per os, punteggio di valutazione del rischio)	<b>ob.:</b> Valutazione del paziente (AOP), <b>standard AOP.1.6</b> il paziente è sottoposto ad uno screening dello stato nutrizionale e dei bisogni funzionali e se necessario viene attivata la consulenza per ulteriori valutazioni e trattamenti
SITRPO	SCHEDA VALUTAZIONE/INTERVENTI LESIONI DA PRESSIONE			
SITRPO	FATTORI RISCHIO OMS/SCHEDA DI CONLEY		Scheda di valutazione Infermieristica - Scheda ReTos - scala di Conley	
SITRPO	SCHEDA VALUTAZIONE/INTERVENTI CADUTE DH/DS			
SITRPO	SCHEDA VALUTAZIONE/INTERVENTI CADUTE RO			
SITRPO	SCHEDA ASSISTENZA OSTETRICA (da definire)			
	(Scheda partogramma, Scheda valutazione poppata, ..)			
27	Scheda riabilitativa	da rivedere con Coordinatori FKT, FKT, Logopedisti, Educatori, Fislatrì		
28	Diario riabilitativo con presenza di annotazioni in tutte le giornate di degenza			
29	Annotazioni riportate nel diario riabilitativo firmate/signlate			<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
30	Proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI)			
31	Piano riabilitativo individuale (PRI)			
32	Sintesi del PRI (obiettivi per funzioni)			

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2

Direttore Dott. MG Brociero

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
33	Data PPRI/ PRI			
34	Timbro e firma medico fisiatra			
35	Prognosi funzionale			
36	Indicazione al trattamento			
37	Previsione dei tempi di ricovero			
38	Progetto di struttura, in coerenza con il PRI, e relativa comunicazione all'ASL di residenza del paziente (da effettuarsi entro 10gg dal ricovero a cura della CdC)			
39	Codice di disabilità			
40	RRF di primo livello: effettuazione progetto di struttura di almeno 1h/die			
41	RRF di secondo livello: progetto di struttura di almeno 3h/die			
42	Scala Barthel Index..../100			
43	Scala FIM ..../126 (obbligatori)			
RRF	<b>ALTRE SCALE:</b> - Walking test - Harris hip score - HHS - Scala di Constant per la valutaz funzionale della spalla - Simple Shoulder test			
44	Azienda e reparto di provenienza			
45	Data di richiesta trasferimento ad altro setting assistenziale			
46	Motivo trasferimento			
47	Relazione clinica allegata alla richiesta			
48	Autorizzazione al trasferimento in altro reparto/setting assistenziale di postacuzie? (solo per Istituti a non diretta gestione della ASR)			
		Chiusura del ricovero e della Cartella Sanitaria		

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2

Direttore Dott. MG Brociero

Servizio I.T.R.P.O.

ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA

REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia

MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata

JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali

49	Lettera di dimissione datata e firmata con descrizione sintetica del decorso, eventuali terapie, prescrizioni diagnostiche, follow up:	in caso di trasferimento la lettera di dimissione deve fornire indicazioni su: ragioni ospedalizzazione, processo di diagnosi e cura attuato, risultati significativi evidenziati, condizioni del paziente al momento del trasferimento, terapia in corso	Modulo di relazione di dimissione con parte medica e infermieristica Modulo di trasferimento medico e infermieristico Modulo di attivazione assistenza domiciliare	<b>X ob.</b> Accesso all'assistenza e Continuità delle cure (ACC), <b>standard ACC.2</b> L'org.ne progetta e implementa processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente al suo interno e il coordinamento tra gli operatori sanitari
	- data di stesura	presenza di apposita area per decisione di dimissione contro il parere del medico o per opposizione alla dimissione e ora		
	- identificazione del medico redattore	data e firma del medico responsabile della dimissione		<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
	- sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)			
	- indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")			
		La Cartella Clinica dei pazienti dimessi va completata entro 30 giorni dalla dimissione o refertazione ultima indagine	<b>Prevista check list di chiusura della cartella</b> che dichiara attraverso la spunta dei moduli utilizzati i documenti costituenti la storia del pz. per quel ricovero	
		La C.C. è completa quando i contenuti informativi (compresi la sintesi clinica e le note conclusive) siano assemblati e certificati, e siano state registrate tutte le diagnosi finali e le complicazioni senza ricorrere a simboli o abbreviazioni		La JCAHO ha elaborato un elenco di abbreviazioni vietate (Official "Do Not Use" List - 2001 - 2004 - 2010)
		Elementi essenziali: diario clinico, C. infermieristica, C. riabilitativa, consenso informato, eventuale verbale operatorio e informative e/o volontà dell'assistito, lettera di dimissione, SDO, documenti giustificativi del percorso clinico		
		Tutti i documenti/referti relativi al ricovero sono in originale. La cartella è firmata in ogni sua parte.		<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCL19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
		I fogli che costituiscono i diversi moduli sono numerati, intestati (codice della C.C., dati identificativi paz., titolo del documento es. diario clinico, C. infermieristica, lettera di dimissione, ecc) e raggruppati in modo omogeneo per tipologia		

# Allegato 2 "Griglia di valutazione della cartella clinica"

ASL CN2 Servizio I.T.R.P.O.		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata	Direttore Dott. MG Brociero JOINT COMMISSION - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA				
		Il Direttore Sanitario di Presidio è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO e dei controlli sulla completezza e congruità delle informazioni ivi riportate		
		Archiviazione e conservazione a cura della Direzione Sanitaria di Presidio		

# I difetti più comuni in termini di imprecisioni e/o omissioni nella compilazione delle cartelle cliniche

- Tracciabilità (data e ora , firma);	- Incompletezza del diario clinico e/o della descrizione dell'atto operatorio
- Grafia illeggibile e di difficile e talora errata interpretazione	- Richiamo ad altra documentazione (per es., cartelle precedenti) non allegata o non immediatamente reperibile
- Mancata registrazione di problemi correlati o indipendenti rispetto al problema clinico principale;	- Mancanza di consequenzialità logica nelle annotazioni;
- Mancanza di ipotesi diagnostiche iniziali o ricavate dai dati e dagli eventi occorsi durante la degenza;	- Mancata indicazione della terapia domiciliare, del piano di cura, del piano di continuità assistenziale, dei motivi della variazione terapeutica, dei consulti (e delle relative annotazioni)
- Mancata spiegazione del motivo per il quale è stato preso un provvedimento diagnostico o terapeutico;	- Mancata allegazione dei referti ottenuti in corso di degenza
- Eccessiva sinteticità nella anamnesi e nell'esame obiettivo in sede di formazione della cartella	- Incompletezza o mancanza della lettera di dimissione
- Informazioni riportate in spazi e in modo tali da rendere difficile un reperimento rapido (ad esempio, da parte del medico di guardia chiamato per un'emergenza)	- Chiusura della cartella in assenza di alcuni referti

# Indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche

## Qualche definizione.....

- Secondo la definizione dell'American Hospital Medical Record Association, la cartella clinica è il **"chi, che cosa, perché, quando e come"** delle cure erogate al paziente durante l'ospedalizzazione.
- La cartella clinica costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero.
- Dal punto di vista giuridico, la cartella clinica è un **atto pubblico di fede privilegiata**

# Diario clinico

13.01	Va bene	<del>_____</del>
14.01	Va bene	<del>_____</del> Suec. va
15.01	Stazionario	<del>_____</del>
	h. 16.15 Esito	<del>_____</del>

M. Perelli Ercolini 2006

## Potenziale di miglioramento

# Struttura/composizione



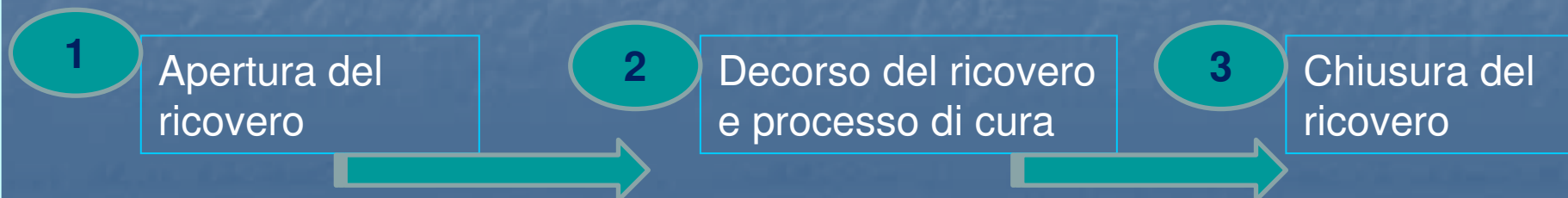
- **E' opportuno che la cartella clinica abbia una struttura modulare ed una veste grafica uguale in tutto l'ospedale**

## ELEMENTI ESSENZIALI DELLA CARTELLA CLINICA

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Diario clinico</b></li><li>➤ <b>Cartella riabilitativa (se attività riabilitative)</b></li><li>➤ <b>Consenso informato</b></li><li>➤ <b>Copia del registro operatorio</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Eventuali informative e volontà dell'assistito</b></li><li>➤ <b>Lettera di dimissione</b></li><li>➤ <b>Scheda di Dimissione Ospedaliera</b></li><li>➤ <b>Tutti i documenti giustificativi del percorso clinico del paziente</b></li></ul> |
|--|--|

- Costituisce parte essenziale della cartella clinica tutta la documentazione amministrativa/legale a giustificazione del ricovero stesso, o costituisca elemento autorizzativo previsto dalla regolamentazione vigente (es. impegnativa del medico di base/pediatra, giustificativi di variazioni tariffarie, proposta di ricovero, proposta di progetto riabilitativo individuale) ed eventuali documenti delle autorità giudiziarie

La sequenza cronologica la cartella clinica deve prevedere le seguenti fasi:



# APERTURA DEL RICOVERO

- È l'ammissione della persona assistita **nel Presidio Ospedaliero**.
- È importante identificare i seguenti dati amministrativi:
  1. Dati relativi alla cartella clinica  
(denominazione e codice ospedale, codice unità operativa, ecc.)
  2. Dati di identificazione della persona assistita  
(fotocopia della TEAM e documento di identità o altri documenti di identificazione se cittadini stranieri)
  3. Altri dati aggiuntivi  
(nome e recapito medico di fiducia e eventuali persone referenti, ecc.)

# IDENTIFICAZIONE E COMPOSIZIONE

Ogni cartella clinica deve

- riportare un numero progressivo annuale,
- essere identificata dall'anno di apertura del ricovero,
- essere firmata in ogni sua parte, conservata presso l'unità che ha in carico il ricovero sino alla sua chiusura.

- Essa verrà poi archiviata e conservata a cura della Direzione Sanitaria di Presidio.
- La cartella clinica comprenderà tutta la documentazione in originale prodotta nel corso del ricovero e del pre-ricovero.
- I fogli che costituiscono i diversi moduli devono essere numerati ed intestati con:
  - il codice della cartella clinica e altri dati identificativi del paziente;
  - il titolo del documento cui si riferisce (es.: diario clinico, cartella infermieristica, verbale operativo, lettera di dimissione).
- I documenti che costituiscono il fascicolo devono essere ordinati in raggruppamenti omogenei per tipologia, in modo da renderli agevolmente individuabili e deve essere riportato il numero complessivo delle pagine.

# INQUADRAMENTO INIZIALE DELLA PERSONA ASSISTITA

- Devono essere acquisite
  - la proposta di ricovero,
  - la documentazione clinica proveniente da altre strutture o da DEA/Pronto Soccorso.
- Quando il paziente viene trasferito ad altro reparto dello stesso ospedale o ad altro ospedale è buona norma che il paziente stesso sia presentato alla struttura accettante con una relazione che descriva le condizioni cliniche salienti ed espliciti i motivi che hanno portato al trasferimento in atto.

## INQUADRAMENTO CLINICO

- Deve essere identificata:

- la motivazione del ricovero
- l'anamnesi (personale/familiare, prossima e remota)
- l'esame obiettivo (sempre comprensivo degli apparati respiratorio e cardiocircolatorio e degli organi addominali, oltre al sistema/apparato/organo sede della patologia che causa il ricovero)
- le ipotesi diagnostiche
- l'elenco dei problemi attivi, la pianificazione del processo di cura.

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (1)

## Diario clinico/Schede assistenziali

- È compilato dal personale sanitario (medici, infermieri, tecnici, ecc..) e si descrive, giorno per giorno, per tutti i giorni del ricovero, il decorso delle patologie e di altri fatti clinici rilevanti, al momento del loro accadimento.
- Devono essere riportate tutte le variazioni dello stato di salute del paziente e tutte le conseguenti variazioni dell'iter di cura prescelto.
- Se il ricoverato deve essere spostato di reparto, devono essere descritti i problemi risolti e quelli ancora in essere (la cartella clinica rimane la medesima e verrà archiviata presso la S.O.C. che dimette il paziente).
- Ogni registrazione deve essere corredata di data e ora e il redattore deve essere sempre identificabile.

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (2)

## Pianificazione ostetrica

### ■ **Contiene:**

- **Identificazione dei bisogni (biofisiologici, psicologici, socioculturali)**
- **Formulazione degli obiettivi**

- **Pianificazione delle azioni**
- **Diario infermieristico/ostetrico**
- **Valutazione dei risultati**

- Alle sezioni relative all'assistenza in gravidanza, in travaglio, nel parto e puerperio afferiranno:
  - partogramma
  - piano di assistenza, per la sorveglianza del benessere globale materno-fetale neonatale in travaglio, parto e puerperio, per quanto di competenza
  - diario ostetrico
  - schede di valutazione e di raccolta dati (es. valutazione della poppata al seno, valutazione del dolore post-operatorio)
- Il diario ostetrico deve registrare giornalmente in ordine cronologico con data e ora:
  - la registrazione dei fenomeni/eventi materno-fetali
  - le annotazioni delle prestazioni eseguite (rilevazione di parametri vitali, somministrazione di farmaci, interventi ostetrici, esami diagnostici, interventi di rianimazione ecc.)
  - la rilevazione degli esiti materno/neonatali (storia del parto e del post partum, condizioni materne, stato di salute del neonato, per quanto di competenza)

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (3)

## Pianificazione riabilitativa

- Documenta il trattamento riabilitativo per ogni paziente preso in carico sulla base della Proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI). E' parte integrante della cartella clinica dove viene documentata tutti i giorni, per ogni paziente, la pianificazione e l'esecuzione dell'attività prestata.
- Ad ogni PPRI deve corrispondere il relativo Progetto riabilitativo individuale (PRI).
- Vanno registrati in ordine cronologico lo svolgimento del trattamento fisioterapico riabilitativo e gli effetti derivanti.
- Deve contenere:

- **Valutazione della disabilità**
- **Formulazione degli obiettivi**

- **Esecuzione del trattamento** (riportare ora e giorno, tipo e durata della prestazione)
- **Valutazione dei risultati**

- Il raggiungimento degli obiettivi sarà valutato mediante scale di valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione del paziente.

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (4)

## Progetto Riabilitativo Individuale

- Deve contenere gli obiettivi previsti (nel breve, medio e lungo termine) e gli eventuali ausili consigliati (prescritti o non prescritti) ritenuti necessari per realizzarlo.(D.G.R. n. 10-5605 del 2.4.2007 e s.m.i)
- Si individuano i programmi riabilitativi che definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i programmi riabilitativi.
- Nel caso di paziente in carico ad un reparto diverso da quello di RRF, deve essere tracciato e siglato da parte dell'operatore medico/tecnico quanto sopra descritto all'interno della cartella clinica (diario clinico o cartella riabilitativa ). Se il paziente necessita di un cambio di setting verso la riabilitazione, alla dimissione dal reparto per acuti, deve essere presente la "Proposta di percorso riabilitativo individuale".
- Gli elementi sopra individuati devono essere tutti rintracciabili all'interno della documentazione della cartella clinica.
- Nel caso di cartella clinica riferita a paziente degente presso reparto di RRF gli elementi sopradescritti costituiscono gli elementi caratterizzanti della specifica cartella riabilitativa che deve contenere strumenti di valutazione funzionale e di esito in rapporto alla tipologia di paziente ed al setting di ricovero (gli strumenti di base individuati sono : scala Barthel e FIM – reparti cod. 56 -, ASIA - reparto cod. 28 -, LCF – reparto cod. 75).



**Questa parte della cartella clinica è fondamentale per avere un quadro generale del problema clinico/assistenziale da risolvere e del percorso curativo ed organizzativo per attuarlo.**

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (5)

## Rilevazioni dei parametri vitali

- In questa sezione (meglio se grafica) sono riportati gli andamenti dei parametri vitali (temperatura corporea, pressione arteriosa, peso, alvo, diuresi, ecc.).

## Scheda di valutazione del dolore

- La rilevazione del dolore è parte integrante della rilevazione dei parametri vitali.
- È oggetto di importanti indicazioni normative quali:

- **Il provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni** di approvazione, nella seduta del 24.5.2001, dell'accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome sul documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore",

- **la D.G.R. n. 31-1142 del 17/10/05** che dispone fra l'altro:

"In tutti gli Ospedali dovrà essere assicurato il trattamento del dolore acuto, con particolare riguardo:

al dolore postoperatorio; all'analgesia del travaglio di parto;

al dolore causato dalle procedure diagnostico-terapeutiche ( radiologia interventistica, biopsie, endoscopie, etc.); al dolore in urgenza- emergenza. (...)

- Per la rilevazione dell'intensità del dolore, la scala di valutazione raccomandata è quella numerica, da 0 a 10.
- In particolari casi (bambini, pazienti con deficit mentali, ecc.), è compito del Comitato ospedaliero "Ospedale senza Dolore" definire ulteriori strumenti di rilevazione.

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (6)

## Scheda unica di terapia farmacologica (SUT)

- La raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Sanità indica, tra l'altro, di adottare *la scheda unica di terapia* dove, in accordo con le disposizioni vigenti in tema di privacy, vengano riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato.
- Devono pertanto risultare chiare indicazioni circa:

- **Data/ora di inizio della terapia**
- **Medico prescrittore**
- **Infermiere/ostetrica**

- **Descrizione della terapia farmacologica**
- **Possibili variazioni o sospensione della terapia**
- **Registrazione dell'avvenuta somministrazione**

- In aggiunta tale foglio dovrebbe contenere informazioni anche sugli eventi avversi, intesi come segnalazione degli eventi avversi legati al trattamento farmacologico.

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (7)

## Prescrizioni nutrizionali

- Vengono raccolti i dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione.

## Richieste interne/esterne di prestazioni

- Occorre utilizzare la modulistica aziendale, che costituirà parte integrante della cartella, per richiedere prestazioni assistenziali sia interne sia esterne all'ASL (es. "quadruplica copia", ecc...)

## Referti/consulenze

- Occorre raccogliere in ordine cronologico i referti in originale ordinati per tipologia di esame. I referti in linea di massima devono riportare:

- **Unità operativa erogante**
- **Identificazione del paziente**
- **Unità operativa richiedente**
- **Eventuale quesito diagnostico**

- **Tipo di esame eseguito con modalità di esecuzione**
- **Formulazione dell'esito/parere**
- **Conclusioni diagnostiche con eventuali suggerimenti e/o commenti**

- Per le consulenze occorre specificare data e ora della richiesta e dell'esecuzione.
- È opportuna l'emissione di referti cumulativi diacronici degli esami di laboratorio, che espongano i risultati in forma tabulare e in ordine cronologico progressivo, con i valori anomali evidenziati graficamente.

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (8)

## Scheda anestesiologicala

- Racchiude le informazioni relative a:
  - valutazione preoperatoria (pre-cartella)
  - preanestesia
  - conduzione anestesiologicala
  - valutazione postoperatoria
- Oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero con registrazione cronologicamente definita, la valutazione preoperatoria deve comprendere:

- **Dati sull'intervento e sull'équipe chirurgica**
- **Tipo di anestesia utilizzata**
- **Tipo di supporto respiratorio**

- **Procedure invasive poste in essere**
- **Parametri vitali monitorati**
- **Indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione dei farmaci utilizzati**
- **Segnalazione di eventuali complicanze**

- La valutazione postoperatoria dovrebbe indicare:

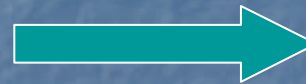
- **Condizioni del paziente**
- **Tipo di sorveglianza necessaria**
- **Segnalazione di dispositivi invasivi presenti e il loro stato (es. drenaggi, ecc...)**
- **Terapie in corso e consigliate in particolare per il controllo del dolore post-operatorio**

- **Esami di controllo necessari**
- **Ora/minuti della dimissione dal blocco operatorio o da altro ambiente di intervento e trasferimento alle Strutture di degenza**

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (9)

## Verbale operatorio

L'originale è parte integrante e rilevante della cartella clinica, una copia identica deve essere parte integrante del registro operatorio



### Requisiti sostanziali:

- **Veridicità**
- **Completezza**
- **Chiarezza**

### Requisiti formali

- **Dati identificativi del paziente (nome, cognome, data di nascita)**
- **Data, ora di inizio, ora di fine dell'atto operatorio (cute/cute)**
- **Nome del primo operatore e di quanti hanno partecipato direttamente all'intervento**
- **Diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita**
- **Tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'hanno condotta**
- **Descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata**
- **Sottoscrizione da parte del primo operatore**

■ Il verbale operatorio deve comprendere inoltre:

- **Numero del verbale**
- **Numero identificativo del ricovero**
- **S.O.C. chirurgica**

- **S.O.C. di ricovero del paziente o indicazione di provenienza (es. PS)**
- **Codifica delle procedure eseguite anche in funzione della compilazione della SDO.**

# DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA (10)

## Informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito

- Deve essere conservata tutta la documentazione inerente
  1. il consenso informato e ogni altra dichiarazione di assenso/dissenso dell'assistito
  2. decisione di dimissione contro il parere del medico o l'opposizione alla dimissione,
  3. documenti attestanti l'esercizio della legale rappresentanza di terze persone.

# CHIUSURA DEL RICOVERO

- Quando il ricovero deve essere chiuso occorre che sia effettuata la corretta registrazione della dimissione, indicando con precisione l'ora e modalità della stessa ed altre eventuali specificazioni che si ritengano necessarie.
- Inoltre la chiusura del ricovero prevede i documenti di seguito indicati.

1

**LETTERA DI DIMISSIONE**

2

**SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA  
(S.D.O.)**

# CHIUSURA DEL RICOVERO

## Lettera di dimissione

- Redatta su carta intestata della S.O.C. di dimissione, da parte del personale medico ed infermieristico responsabile del caso di ricovero e consegnata in busta chiusa al paziente o suo rappresentante, al momento della sua dimissione. Copia deve essere conservata in cartella clinica.
- Il testo deve fornire tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico-terapeutico e le modificazioni del quadro clinico dall'ammissione alla dimissione del paziente incluso eventuale verbale operatorio.
- La lettera di dimissione deve inoltre contenere indicazioni riguardo:

- **Problemi sulla terapia farmacologica attuata**  
- **Problemi/Bisogni ancora in atto**  
- **Proseguimento terapie alla dimissione**

- **Modalità di esecuzione di esami e/o visite di controllo e di altre attività legate al ricovero**  
- **Eventuali necessità di prestazioni sanitari e/o sociali**

**In caso di trasferimento la lettera di dimissione dovrebbe fornire alla struttura di destinazione indicazioni**

1) **sulle ragioni dell'ospedalizzazione**  
2) **sul processo di diagnosi e cura attuato**  
3) **Sui risultati significativi evidenziati**

4) **sulle condizioni del paziente alla dimissione**  
5) **sulle terapie in corso**

# CHIUSURA DEL RICOVERO

## Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)

- Deve essere sempre presente nella cartella clinica.
- Raccoglie una serie di dati amministrativi e clinici, relativi al ricovero ospedaliero.
- Deve fornire una rappresentazione sintetica del caso trattato, coerente con il contenuto della cartella clinica.

### Responsabilità

L'articolo 2, comma 3 del Regolamento contenuto nel D.M. 380/2000 recita: “**La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione**, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.”

Il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27.10.2000).

- Vista l'importanza della SDO sia per scopi di corretta sintetica registrazione del ricovero sia per gli effetti di carattere amministrativo e di riconoscimento tariffario, e' necessario che venga redatta a fine del ricovero con la chiusura della cartella clinica (quindi tenendo conto anche dei referti che vengono acquisiti dopo la dimissione del paziente).

# DOCUMENTI ALLEGATI ALLA CARTELLA CLINICA

- Costituiscono inoltre parte della documentazione clinica i seguenti documenti:

- **Esami pre-ricovero**
- **Documenti relativi a prelievi 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**
- **Risultati di esami istologici e citologici**
- **Proposta di percorso riabilitativo individuale all'ingresso e alla dimissione del paziente**
- **Progetto riabilitativo individuale nei casi di ricovero con programmazione di attività riabilitative**
- **Autorizzazioni da parte dell'Azienda Sanitaria riferite a eventuali cambiamenti di setting assistenziale**



# SI RICORDA CHE

Le cartelle sanitarie dei pazienti dimessi devono essere:

- completate di tutti i suoi dati entro un periodo di tempo che in nessun caso deve essere superiore a 30 giorni dopo la dimissione o dalla refertazione dell'ultima indagine;
- sottoscritte dal Direttore della S.O.C. di ricovero (Responsabile della custodia fino alla consegna in archivio), il quale dichiara il numero esatto delle pagine che compongono la cartella.