

Corretta tenuta della documentazione clinica dei Servizi del DSM-DP e Salute nelle Carceri



DOCUMENTAZIONE CLINICA: ASPETTI MEDICO-LEGALI...E NON SOLO! BREVI CENNI SUL PROGETTO REGIONALE

Dott.ssa Alessandra De Palma

Bologna, 11 Luglio 2014

Le principali tipologie di documentazione sanitaria

- 1. LA CARTELLA CLINICA**
- 2. LA CARTELLA INFERMIERISTICA**
- 3. LA CARTELLA DI TRIAGE**
- 4. IL REFERTO**
- 5. LA CERTIFICAZIONE MEDICA**
- 6. IL VERBALE DI SALA OPERATORIA**
- 7. I REFERTI DEGLI ESAMI ESEGUITI**
- 8. LA SCHEDE DI DIMISSIONE (SDO)**
- 9. ETC ...**

CARTELLA CLINICA

«Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero»

Ministero della Sanità, 1992



Ippocrate di Kos

Realizzò il primo esempio rudimentale di Cartella Clinica quasi 500 anni prima di Cristo. Il pregio della sua invenzione fu quello di sintetizzare il decorso della malattia tramite l'uso di espressioni brevi e definizioni standardizzate (in greco: *aphorizein*, cioè, determinare, definire, abbreviare).

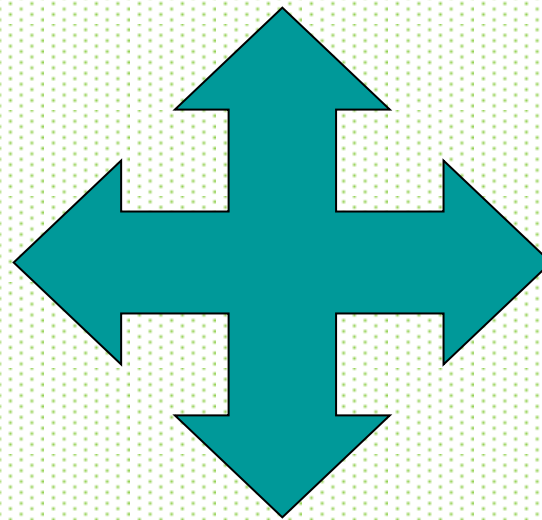


Ma qual è il vero scopo della cartella clinica e della documentazione sanitaria in genere?

LE FINALITÀ DELLO STRUMENTO

1) fornire una **base informativa** per effettuare scelte razionali, documentando il quadro clinico ed il percorso diagnostico - terapeutico, i risultati conseguiti ed il **processo logico sotteso alle decisioni**

2) facilitare l'**integrazione di competenze** inter-professionali nel processo diagnostico-terapeutico e socio-riabilitativo



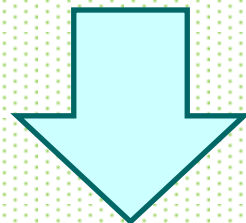
4) consentire la **tracciabilità**, per le diverse attività svolte, di responsabilità delle azioni e cronologia delle stesse

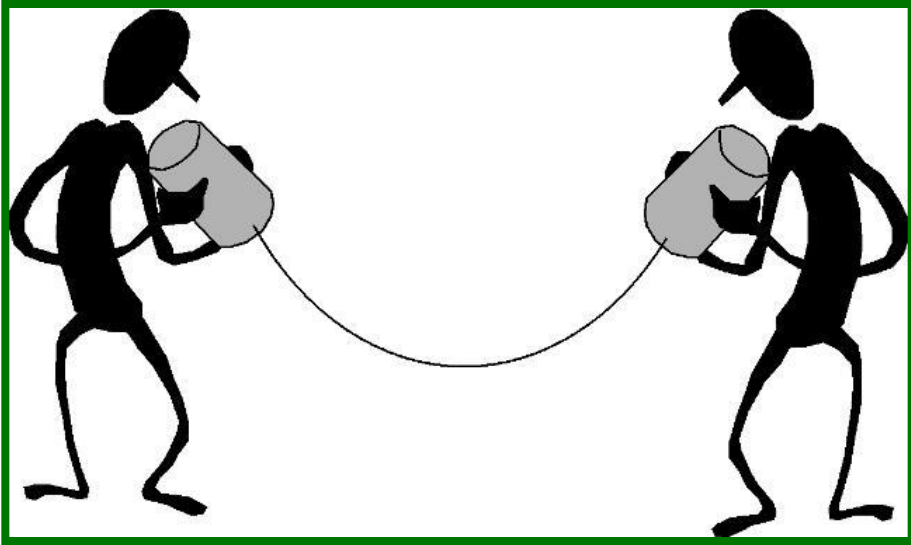
3) costituire una fonte informativa per studi valutativi **dell'attività assistenziale per esigenze amministrative e gestionali**

Ma, soprattutto

rappresenta lo **strumento di lavoro** che consente la **comunicazione tra i professionisti** che intervengono nel processo di cura

Ma anche (solo secondariamente....)
lo **strumento che consente, a posteriori** (ad es. nei casi di presunta responsabilità sanitaria), **di ricostruire il processo di cura** cui il paziente è stato sottoposto (**ricostruire il percorso logico relativo alle decisioni cliniche e assistenziali dei professionisti che hanno avuto in cura la persona**)







DI CIÒ CHE ACCADE a/l/a PAZIENTE DURANTE L'OSPEDALIZZAZIONE

The medical record is the who, what, why, when and how
of patient care during hospitalization
American Hospital Medical Record Association

L'UOMO INVISIBILE...

Parente prossimo: nome _____ cognome _____
grado di parentela _____ indirizzo _____ Tel. _____

Il sottoscritto _____ acconsente a sottoporsi
agli esami e all'intervento chirurgico indicati dai Sanitari dell'Ospedale reso edotto della tecnica e dei rischi che questa comporta.

FIRMA

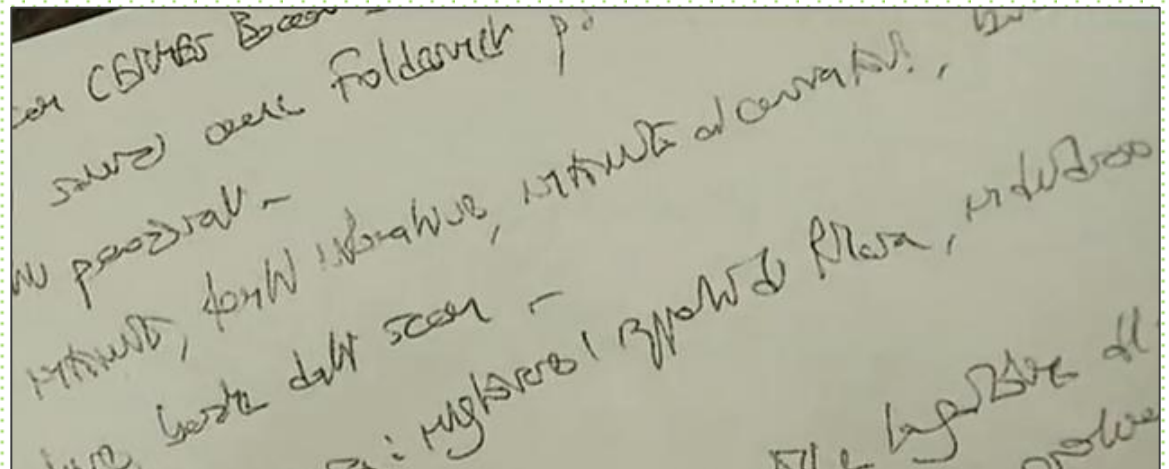
Il sottoscritto _____ acconsente che il
proprio congiunto _____ venga sottoposto
all'intervento chirurgico proposto dai Sanitari dell'Istituto.

FIRMA



ZORRO CON L'ALZHEIMER...



...O CON IL PARKINSON



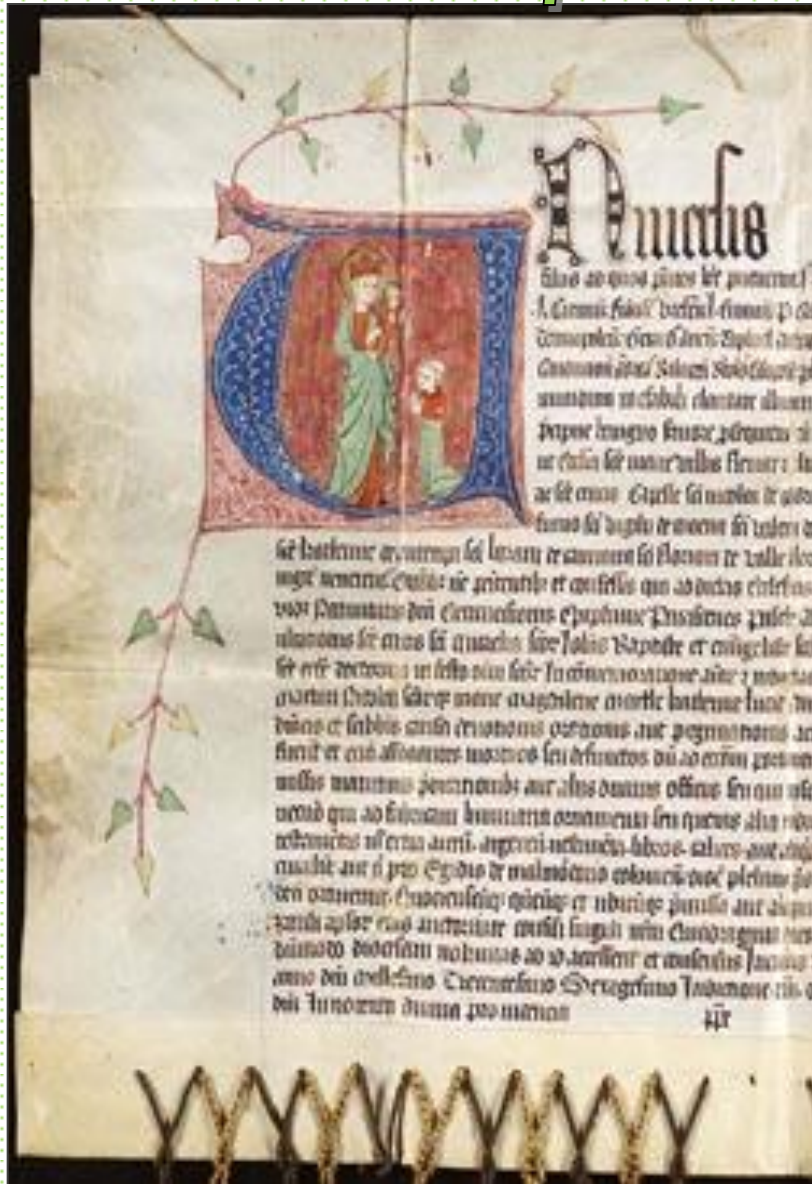
Alfabeto dei dottori

A	B	C	D	E
				
F	G	H	I	
				
K	L			
				
			S	T
				
	V	W	X	Y
				
		Z		
				

GRAFIA INCOMPRESIBILE

Nessuno chiede questo!!!!

ma si può sempre migliorare...



Dal	FARMACO	2 (12/03)	6	8	14	16	18	22	24	Al	Sospeso
10/03	Miconi	3 fl	100cc	1	28						12/03 MBS
10/03	Paxin 1 fl in 100cc										12/03 MBS
10/03	Fioroc...										MBS
10/03	1 fl in 100cc										25/03 Miconi
10/03	Miconi	felixit 1 fl in 100 cc fisin					X				
5/03	1 fl in 100cc										21/03 MBS
21/03	Miconi	Tazocin 4,5 in 100cc			X	X			X		

per cominciare...



**...poniamoci quindi una
domanda di senso...**

Quali i principi che vanno rispettati nell'uso di tale «strumento»?

Li ricaviamo dalla DGR-ER n. 1706/2009...

COMPLETEZZA: tutti gli accadimenti relativi al processo di cura devono essere annotati (da parte di ogni operatore che interviene)

PERTINENZA: evitare l'annotazione di informazioni non strettamente attinenti al processo di cura (es. considerazioni personali sono da evitare)

CHIAREZZA: le annotazioni devono essere comprensibili per contenuto, forma e intelligibilità (può andar bene impostazione attuale: uso di programma informatico con scrittura a pc e incollatura sulla, purché vi sia timbro/firma)

RINTRACCIABILITÀ: deve essere riconoscibile l'operatore sanitario che le ha effettuate (firma leggibile, ev. timbro, data/ora)

VERIDICITÀ: ogni annotazione deve corrispondere a verità (anche rispetto al momento di annotazione: contestualità)

LA CARTELLA CLINICA È UN ATTO PUBBLICO DI FEDE PRIVILEGIATA:

**significa che quanto vi è annotato fa fede di verità
fino a dimostrazione contraria (querela di falso)**



**Nell'esercizio delle vostre funzioni assumete
la figura di **PU** (o quantomeno di **IPS**)**

IL PUBBLICO UFFICIALE

art. 357 c.p.

Agli effetti della legge penale sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

L'INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO

art. 358 c.p.

Agli effetti della legge penale sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi una attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione, dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

LA PERSONA ESERCENTE UN SERVIZIO DI PUBBLICA NECESSITÀ

art. 359 c.p.

**Agli effetti della legge penale, sono
persone che esercitano
un servizio di pubblica necessità:**

- I privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;
- I privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione.



Considerazioni...

È Pubblico Ufficiale:

Il professionista sanitario e non (quindi non solo il medico) dell'AUSL, ecc...

Il professionista dipendente privato di struttura privata convenzionata con il SSN, quando svolge l'attività professionale in convenzione con il SSN (secondo alcuni anche i privati «puri» quando certificano/scrivono documentazione sanitaria....

LE VIOLAZIONI DELLE NORME PENALI



La documentazione clinica, in virtù della sua funzione pubblica, non appartiene a colui che la redige. É quindi vietato alterare il significato della cartella, anche se il documento rimane nella disponibilità materiale del medico. Nell'ipotesi di una annotazione errata, è quindi lecito solo ripetere successivamente l'annotazione corretta, senza modificare le precedenti scritture...

Cassazione penale, sez. V, sentenza 13989/2004

REATI

Art. 476 c.p.

Falsità materiale commessa da PU in atti pubblici

Il PU che, nell'esercizio delle sue funzioni **forma**, in tutto o in parte, **un atto falso o altera un fatto vero**, è punito con la reclusione da 1 a 6 anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da 3 a 10 anni

ATTENZIONE: le eventuali correzioni vanno eseguite lasciandone traccia (lasciando visibile la parte corretta e documentando data e ora della correzione, controfirmando)

NO cancellazioni «occludenti»...



Art. 479 c.p.

Falsità ideologica commessa da PU in atti pubblici

Il PU che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, **attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto** o è avvenuto alla sua presenza o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero **omette o altera dichiarazioni da lui ricevute o comunque attesta falsamente atti...**soggiace alle pene stabilite nell'art. 476

ATTENZIONE: cercare di mettere a posto le cose a posteriori (es. dando atto dell'esecuzione di qualcosa che non è stata fatto) è un falso!

Bisogna inoltre sapere...



Art. 622 c.p. – «Rivelazione di segreto professionale»

Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a (1) euro 516 [c.p. 31] (2).

La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società (3).

Il delitto è punibile a querela della persona offesa [c.p. 120; c.p.p. 336] (4)(5).

Art. 323 c.p. «Abuso di ufficio»: salvo che il fatto non costituisca un più grave reato, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, in violazione di norme, di leggi o di regolamenti, ovvero omettendo di astenersi in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto o negli altri casi prescritti, intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri danno ingiusto è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. La pena è aumentata nel caso in cui il vantaggio o il danno presentano un carattere di rilevante gravità;

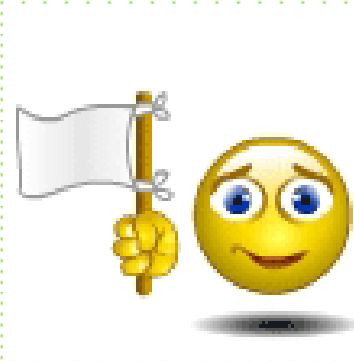
Art. 326 c.p. «Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio»: il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che rivela notizie d'ufficio che devono rimanere segrete, o ne facilita in qualunque modo la diffusione, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. La pena è ridotta se la rivelazione è colposa mentre è aumentata se finalizzata a procurare un indebito profitto;



Art. 477 c.p. «Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative»: il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni forma completamente o in parte un atto falso, o ne altera uno vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. La pena è aumentata da tre a dieci anni se tale atto è fede facente fino a querela di falso. La medesima pena è prevista per il reato di cui all'**art. 479 c.p. «Falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici»**, secondo cui il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente di aver compiuto un fatto, di avervi assistito, di aver ricevuto dichiarazioni non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni ricevute, o comunque attesta falsamente dei fatti che l'atto da lui redatto è destinato a provare. Una pena inferiore (reclusione da tre mesi a due anni) è prevista per il reato enunciato all'**art. 480 c.p. «Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative»**;

Art. 328 c.p. «Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione»: prevede la reclusione da sei mesi a due anni per il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che deve essere compiuto senza ritardo per ragioni di giustizia, di sicurezza pubblica, di ordine pubblico, di igiene o di sanità.

LE VIOLAZIONI DELLE NORME CIVILI



«....la mancata segnalazione in cartella clinica, di manifestazioni cliniche rilevanti, di trattamenti medicamentosi e di atti operativi, è indice di comportamento assistenziale costantemente negligente ed imperito....».

Sentenza Corte di Cassazione n. 8875/1998

«La imperfetta compilazione della cartella clinica (la cui corretta compilazione e tenuta compete al sanitario) non può pregiudicare il paziente, nel caso in cui non si possono trarre utili elementi di valutazione della condotta del medico. Se il documento clinico è incompleto possono essere ammesse presunzioni logiche come fonti di prova...».

Cassazione Civile, Sezione III, 21 luglio 2003, n. 11316

«...Nella valutazione dell'esattezza della prestazione medica valore indiziante è attribuito alla corretta ed esaustiva compilazione della cartella clinica, con la conseguenza che le omissioni imputabili al medico nella redazione della stessa cartella clinica possono rilevare ai fini del nesso eziologico presunto ...».

TRIBUNALE DI GENOVA 2004



Ma...la sanità?

press **LINE**

10/04/2008

la Repubblica

Diffusione 646.005

Lettori 2.673.000

I cardiologi: l'errore più grave è la trascrizione delle terapie. Ogni anno coinvolti 320.000 malati

Cartelle cliniche sbagliate 12.000 cause contro gli ospedali

MARIO REGGIO

ROMA — Attenti agli errori nelle cartelle cliniche dei pazienti italiani. Scrittura illeggibile, sbagli di trascrizione, ma anche errori nel dosaggio, nella prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Un pericoloso fenomeno che coinvolge 320 mila malati

I PAZIENTI
Dodicimila pazienti all'anno fanno causa agli ospedali per gli errori fatti nel corso delle degenze



Per fronteggiare l'emergenza i medici hanno promosso una campagna nazionale di prevenzione, con corsi per tutti gli operatori

ogni anno. La denuncia è dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri, che per fronteggiare l'emergenza ha promosso una campagna nazionale di prevenzione, proponendo una cartella unica integrata medico-infermieristica.

«Tra gli errori più frequenti, e spesso gravi, ci sono quelli di trascrizione della terapia, che sono alla base della maggior parte degli sbagli successivi — osserva Alessandro Boccanelli, coordinatore del comitato esecutivo della campagna — l'errata prescrizione di un farmaco, della dose somministrata, lo scambio di patologie e addirittura di pazienti, sono tutti errori che deri-

vano nella maggioranza dei casi da una cartella clinica scritta male, nella confusione, rivista da più persone e in momenti diversi».

La campagna ha l'obiettivo, attraverso corsi in tutte le Cardiologie ospedaliere, d'insegnare agli operatori come prevenire e ridurre al minimo gli errori

umani.

Dei 320 mila pazienti coinvolti negli errori, sono 12 mila l'anno quelli che intentano causa contro gli ospedali. Le richieste di risarcimento pendenti ammontano a 2,5 miliardi di euro, mentre i costi annui per il prolungamento delle degenze per errori sono di 260 milioni, tutte spese che aggravano i già difficili bilanci delle strutture ospedaliere.

Secondo l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri, inoltre, i decessi nel 2007 sono stati 14 mila, anche se non esistono dati ufficiali confermati sul tema. «Non ci può essere un'univocità di dati — spiega Boccanelli — tutti i casi anomali vengono immediatamente inseriti nei registri e indagati dalle autorità preposte, ma non è così facile stabilire quali decessi derivino direttamente dall'errore medico e quali siano invece imputabili ad altre cause esterne. Il lavoro che dobbiamo fare noi medici sta agli antipodi. Prevenzione, formazione e informazione».



**NEGLI ULTIMI ANNI
IL CONTENZIOSO È STATO
SOSTENUTO NON TANTO
E NON SOLO DA PRESTAZIONI
INADEGUATE DAL PUNTO DI VISTA
TECNICO-PROFESSIONALE
QUANTO DA PRESTAZIONI
NON ADEGUATAMENTE
DOCUMENTATE**



L'inadeguata **documentazione** dell'attività diagnostico-terapeutica e della consapevole adesione del/la paziente alle cure si configura come la causa più frequente della scarsa "difendibilità" dell'operato dei professionisti coinvolti in procedimenti giudiziari oltre che delle Aziende Sanitarie "chiamate" al ristoro dei danni provocati alla persona, sia in ambito giudiziale, sia extragiudiziale.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ha precisato che le informazioni presenti nella documentazione clinica sono fondamentali al fine di: facilitare l'assistenza al paziente; fornire la base informativa per scelte assistenziali appropriate e per attivare l'integrazione di competenze professionali e di strutture organizzative diverse; favorire e promuovere il miglioramento delle attività assistenziali; consentire la ricerca clinica; servire come fonte primaria per il riconoscimento dell'attività sanitaria e per tutte le incombenze di tipo medico-legale.

La cartella clinica
è il principale strumento di rilevazione
di indicatori di processo e di esito,
ovvero di
gestione del rischio e di governo clinico
(vanno individuati per percorsi di cura....)

Quindi la CC deve



FORNIRE UNA BASE INFORMATIVA PER EFFETTUARE SCELTE RAZIONALI, DOCUMENTANDO IL QUADRO CLINICO ED IL PERCORSO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO REALIZZATO NEL CORSO DELLA DEGENZA (MA NON SOLO), I RISULTATI CONSEGUITI ED IL PROCESSO LOGICO SOTTESO ALLE DECISIONI

perchè

«...Il lettore della cartella clinica deve essere messo in grado di ripercorrere agevolmente l'intero percorso clinico-assistenziale che ha riguardato il/la paziente nell'episodio di ricovero, in qualsiasi momento dell'iter diagnostico-terapeutico...»



**FACILITARE L'INTEGRAZIONE DI
COMPETENZE INTER-PROFESSIONALI NEL
PROCESSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO...**

LE PRINCIPALI CRITICITÀ EMERSE ALLA BASE DEL CONTENZIOSO...

4

LATINA

Latina Oggi

Lunedì 22 Maggio 2006

L'episodio avvenuto ieri mattina all'Icot

**Lite tra medico
e paziente, arriva il 113**



CARTELLE CLINICHE INCOMPLETE

(ASSENZA DI REFERTI, MODULI DI CONSENSO, ECC.)

SCARSA INTELLIGIBILITÀ delle ANNOTAZIONI

(GRAFIA INCOMPRESIBILE, REVISIONI-CORREZIONI POSTUME, NON DATATE E CONTROFIRMATE, ECC.)

ASSENZA di ANNOTAZIONI

(DIARI CLINICI INCOMPLETI, NON COMPILATI, SEZIONI DI CARTELLA LASCIATE IN BIANCO, ECC.)

CASSAZIONE/ Annullata con rinvio l'assoluzione di una Asl e di un ginecologo

Cartella lacunosa, nesso certo

La documentazione difettosa autorizza la presunzione di responsabilità



LA LACUNOSA CARTELLA CLINICA FAVORISCE UNA PRESUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

L' incompletezza della cartella clinica non può ritenersi idonea ad escludere il nesso di causalità, anzi, si è affermato, che la sussistenza del nesso eziologico tra la patologia accertata dal medico, verosimilmente idonea a cagionare un pregiudizio al paziente, e il pregiudizio stesso, si deve presumere allorché sia impossibile accertare e valutare altri ipotetici fattori causali proprio in conseguenza della lacunosa compilazione della cartella clinica.

Cassazione Civile - sezione III, Sentenza 27/04/2010 n. 10060

Una CARTELLA CLINICA SCIATTA, CARENTE di DATI, LACUNOSA, VANIFICA la sua FINALITÀ e OFFRE una PESSIMA IMMAGINE della STRUTTURA SANITARIA DA CUI PROVIENE



Meno criticità...

con la cartella clinica «informatica»!

L'articolo 21 del D.Lgs. 82/05 e s.m.i.

Valore probatorio del documento informatico sottoscritto.

Il documento informatico, cui è apposta una firma elettronica, sul piano probatorio è liberamente valutabile in giudizio, tenuto conto delle sue caratteristiche oggettive di qualità e sicurezza.

Il documento informatico, sottoscritto con firma digitale o con un altro tipo di firma elettronica qualificata, ha l'efficacia prevista dall'articolo 2702 del codice civile. L'utilizzo del dispositivo di firma si presume riconducibile al titolare, salvo che sia data prova contraria.

Art. 2702 Efficacia della scrittura privata

La scrittura privata fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza delle dichiarazioni da chi l'ha sottoscritta, se colui contro il quale la scrittura è prodotta ne riconosce la sottoscrizione, ovvero se questa è legalmente considerata come riconosciuta.

Ma...

- ❑ **COESISTENZA DI DOCUMENTAZIONE CARTACEA - “SOTTOCARTELLE”- E DI DATI REGISTRATI SULLA CARTELLA INFORMATIZZATA**
- ❑ **TRASCRIZIONE DI INFORMAZIONI E DI DATI DAL CARTACEO AL SUPPORTO INFORMATIZZATO: RITARDI - OMISSIONI - INCONGRUITÀ – ERRORI**
- ❑ **DIFFICOLTÀ A REPERIRE TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE, SOPRATTUTTO IN SITUAZIONI DI “URGENZA”**
- ❑ **INADEGUATEZZE E CRITICITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO**

La cartella clinica elettronica è un approccio, non uno standard condiviso.

**La tecnologia è un'opportunità,
non un fine.**

Il sistema informatico deve essere sicuro e salvaguardare la confidenzialità e la riservatezza dell'informazione.

Non è solo uno strumento per migliorare l'efficienza del singolo operatore sanitario; può supportare l'organizzazione complessiva del sistema sanitario; è fonte primaria di dati clinici (resi anonimi), è un patrimonio a disposizione di tutto il sistema per usi differenziati (per chi fornisce l'assistenza, per chi utilizza l'assistenza, per chi gestisce l'assistenza)

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Strumento unico,
**interprofessionale
e interdisciplinare**
che raccoglie
tutte le informazioni
legate al percorso
di cura e di assistenza
al/la paziente durante
il ricovero



**Miglioramento dell'assistenza e
della sicurezza dei/delle pazienti**

**Integrazione dei processi clinico-
assistenziali e dei professionisti**

**Uniformità degli strumenti
di comunicazione**



**La documentazione sanitaria
è il più potente mezzo
di comunicazione
fra i professionisti!**

Qualche spunto di riflessione



**L'equazione CARTELLA CLINICA INCOMPLETA =
CONDOTTA PROFESSIONALE NON CORRETTA è
sicuramente semplicistica e non sempre fondata...**

**... ma spesso tale incompletezza viene assunta anche
strumentalmente quale "arma" contro i singoli
professionisti e in genere contro le strutture sanitarie**

DUNQUE...

... la diligente e completa compilazione della CARTELLA CLINICA è un primo e fondamentale elemento di tutela della salute del/la paziente e contestualmente di tutela e difesa del medico e del professionista sanitario.

PERCIÒ...

OCCORRE RIMUOVERE IL CONVINCIMENTO TUTTORA PRESENTE PER IL QUALE “è preferibile una cartella clinica laconica ad una dettagliata perché in tal modo si eliminerebbero molti spunti utili all'accusa di condotta colposa”.

Troppo spesso ancora oggi si sente dire:

“MENO SCRIVI, MENO SBAGLI!”.

IN REALTÀ È VERO IL CONTRARIO!!!

SCRIVI QUELLO CHE FAI

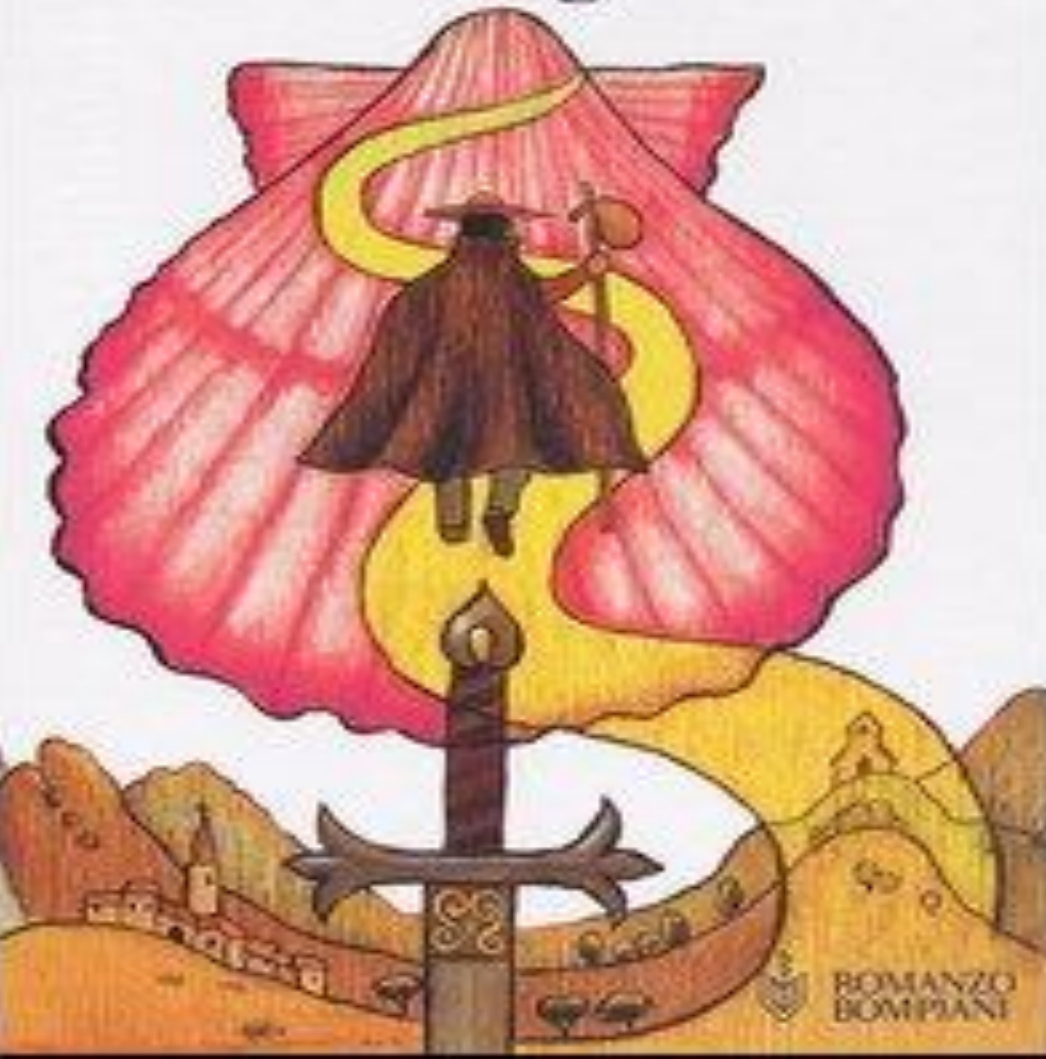
FAI QUELLO CHE SCRIVI

DOCUMENTA QUELLO CHE HAI FATTO



Paulo Coelho

Il Cammino di Santiago



**“...si scorge
sempre il cammino
migliore da seguire,
ma si sceglie sempre
di percorrere
solo quello a cui
si è abituati...”**

La cartella clinica...

...deve essere uno STRUMENTO di lavoro

INTEGRATO

**IN QUANTO STRUMENTO ATTIVO
DI COMUNICAZIONE**

**IN GRADO DI FACILITARE CONCRETAMENTE
L'INTEGRAZIONE DELLE DIVERSE
COMPETENZE PROFESSIONALI**

**PUR NEL RISPETTO DELLE PECULIARITÀ
E DEI «LIMITI» OPERATIVI DI CIASCUNA DI ESSE**

...

“ ...È infatti parecchio raro trovare Servizi in cui le cartelle cliniche rappresentano un reale strumento di lavoro, scritte in ogni loro parte e utilizzabili per una trasmissione di conoscenza del paziente, dei suoi problemi e degli interventi ai quali si è sottoposto. È invece molto più facile trovare Servizi in cui si ritrovano cartelle cliniche con annotato solo il nome e cognome, neanche tutti i dati anagrafici e, nella migliore delle ipotesi, una serie non ordinata di fogli inseriti che dovrebbero documentare i risultati di analisi chimico-cliniche-urinarie o comunicazioni dall'esterno o resoconti di colloqui o trattamenti farmacologici ... Nella maggior parte dei casi, ad esaminare le cartelle cliniche si ha una **sensazione disarmante, in quanto non si ravvede nessuna possibilità di capire qualcosa del paziente o della persona per la quale è stata aperta la cartella clinica stessa...”.**

Celeste Franco Giannotti –

Dipendenze: la qualità della cura nei servizi – 2004



**La cartella clinica è un modo di
PENSARE e di LAVORARE non è un
“adempimento burocratico” ma uno
strumento per CURARE le persone:
serve agli operatori ma anche ai/alle
pazienti ed appartiene a loro !!!**

**Ma per le cartelle ambulatoriali
è molto diverso?
È diversa la loro «gestione»,
ma non il «resto»...**

Quindi...

Se uno dimentica il fine...



...anche lo strumento perde di significato



E le certificazioni?

Il certificato è l'atto scritto con cui si dichiarano conformi a verità fatti di natura tecnica direttamente constatati di cui il certificato è destinato a provare l'esistenza

REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DEL CERTIFICATO

**COMPLETEZZA, CHIAREZZA E
VERIDICITÀ DEL CONTENUTO**

CORRETTEZZA FORMALE NELLA COMPILAZIONE

Art. 480 c.p.

Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative

Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni

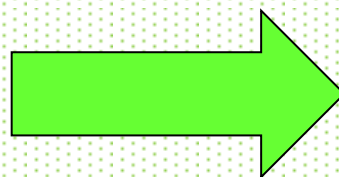
Art. 481

Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità

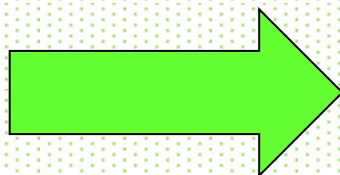
Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa ...

**Abbiamo incominciato a pensare
IN MODO DIVERSO...**

Cartella

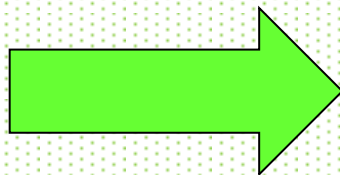


Atto burocratico



Conseguenzioso

Controlli



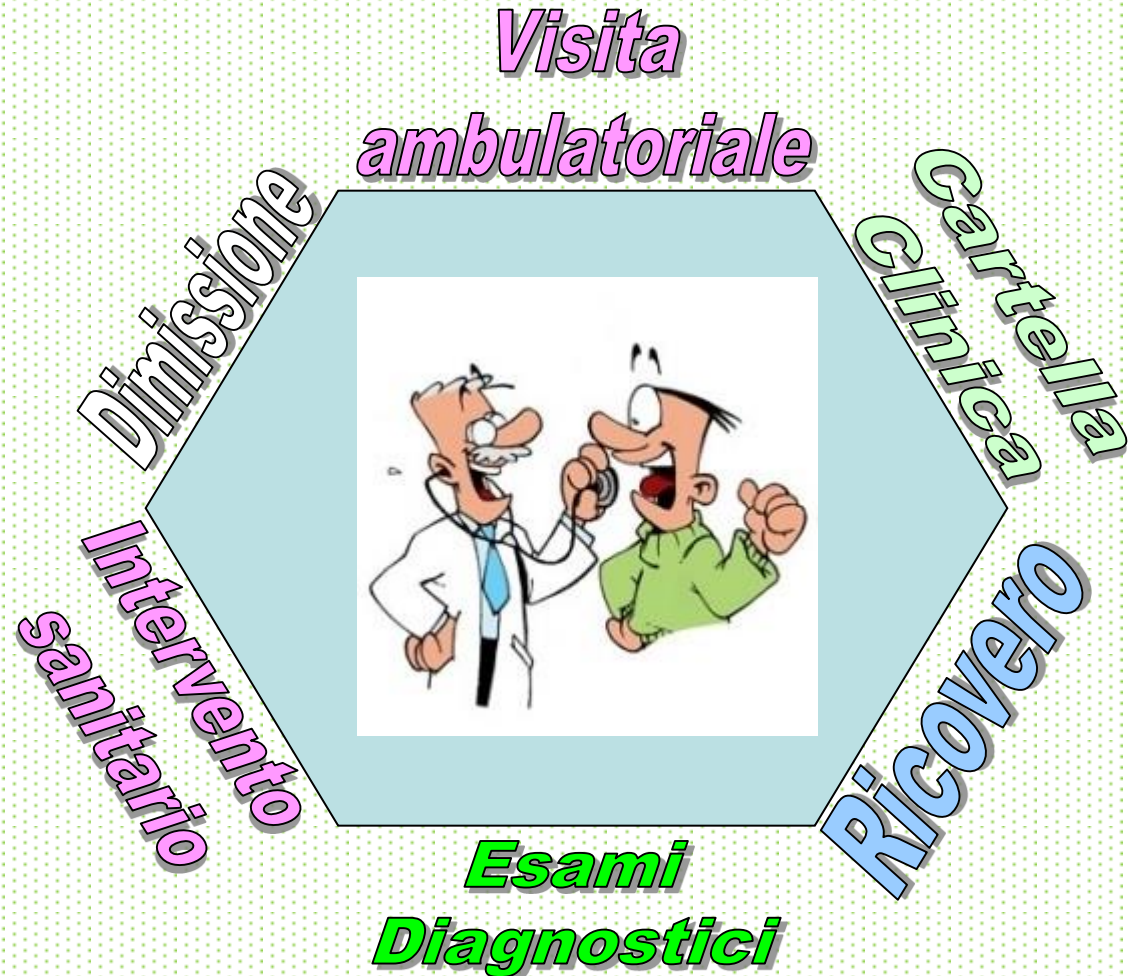
Risarcimenti

Conseguenze

PAZIENTE

PAZIENTE UNICO,
nonostante il processo
di cura preveda fasi con
presa in cura da parte di
professionisti diversi (la
cartella aiuta questa
dinamica)

Se si immagina di
curare un “proprio caro”
normalmente si presta
un’attenzione perché si
parte dall’evidenza per
una persona a cui “si
tiene” (consegne chiare)

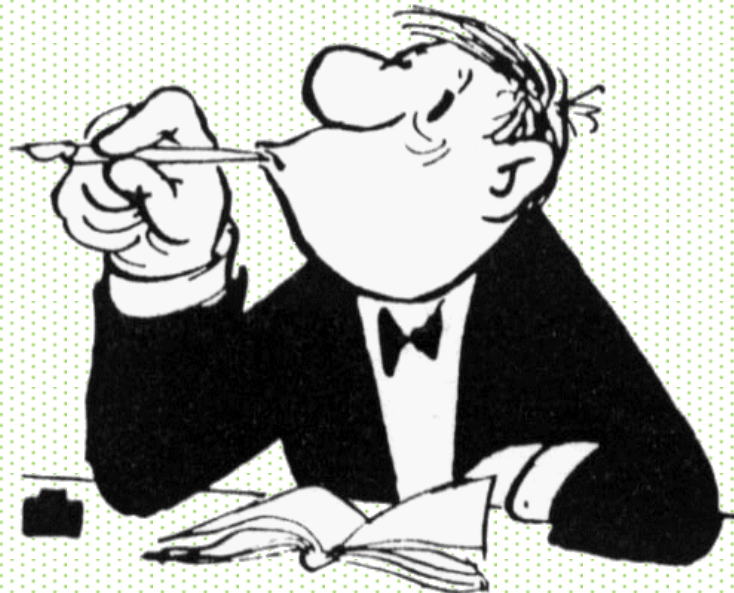


ATTENZIONE

COMPLETEZZA

TUTTE LE SEZIONI DI CUI SI COMPONE LA CARTELLA CLINICA DEVONO ESSERE COMPILATE IN OGNI PARTE
(Un dato non registrato è da considerare non acquisito)

In caso di dati non rilevanti a fini clinici,
non bisogna lasciare parti in bianco: usare diciture
quali **N.D.R., N.D.P., N.N., etc.**
(purché di uso condiviso e vi sia una legenda *ad hoc*)



COMPLETEZZA: grande criticità negli INFERMIERI!

Attualmente non esiste uno spazio “ufficialmente” dedicato ad annotazioni da parte degli infermieri (o di altre professionalità socio-sanitarie)



La soluzione non è averne una per uno....



QUALE LA POSSIBILE SOLUZIONE?

Uso della cartella clinica in maniera integrata

Prevedere che ogni professionista sanitario (e non) possa annotare negli spazi dedicati al diario clinico (e sociosanitario): in tal modo si eviterebbe che vadano persi dati di rilievo che normalmente sono di pertinenza degli infermieri PA, FC, somm.ne e/o consegna dei farmaci e di altri professionisti

In tal modo verrebbe mantenuta costantemente
la possibilità di una
visione complessiva delle condizioni cliniche



MAGGIORI GARANZIE DI MIGLIORE ASSISTENZA

Ma anche **PROTEZIONE DEGLI OPERATORI**
(più semplice ricostruzione del percorso assistenziale
a posteriori, magari in caso di contenzioso)

COMPILARE TUTTE LE VOCI DELLA VISITA DI 1° INGRESSO

(che assume rilievo anche in rapporto ad esigenze di sicurezza)

- **Dati amministrativi** che consentono l'identificazione;
- **Dati socio-demografici** (cittadinanza, famiglia/reti amicali, competenze linguistiche e lavorative)
- **Inquadramento diagnostico e terapeutico**: anamnesi (anche avvalendosi di doc. san. precedente) EO, screening psichico... (è il momento giusto anche per il consenso «privacy»)

ANNOTARE NEL DIARIO CLINICO TUTTE
LE CIRCOSTANZE ASSISTENZIALI RILEVANTI

ALLEGARE IN CARTELLA:
copia di referti di approfondimenti

TERAPIA = GRANDE CRITICITÀ



- L'esclusivo criterio cronologico delle annotazioni comporta una **frammentazione dei dati relativi al trattamento farmacologico**, con oggettiva **difficoltà per il medico** di ricostruire la tp in corso;
- Per infermiere: **difficoltà nel rilevare le consegne tp** (modifiche posologia dei farmaci, aggiunte, sospensioni, ecc.)



SOLUZIONE

Adozione del FOGLIO UNICO di TERAPIA

Foglio schematico nel quale per ogni farmaco siano riportate:

- Data/ora e autore della **prescrizione**;
- Data/ora e autore della **somm./consegna (o eventuale rifiuto)**;
- Data/ora e autore delle **modifiche e/o sospensione**

Ciò sarebbe di aiuto nella gestione della terapia in termini di
PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI TERAPIA

E la dimissione?

CONTENUTI della lettera di dimissione

- Sintesi del percorso tp-assistenziale
- Condizioni di salute all'ingresso e alla dimissione
- Indicazione ev. tp consigliata e/o ev. indagini prescritte (con indicazione di tempistica e luogo)

SCOPI: diritto alla tutela della salute della persona, ma anche protezione per gli operatori sanitari

NOTA IMPORTANTE: se all'atto della dimissione si è in attesa delle risultanze di un'indagine diagnostica, il medico rilascerà una LdD provvisoria. In seguito sarà da integrare con gli esiti delle indagini, con rilascio della LdD definitiva (**è doveroso informare il/la paziente degli esiti: ciò deve risultare in documentazione!**).

**SOLO DOPO IL RILASCIO DELLA LETTERA
DI DIMISSIONI DEFINITIVA SI POTRÀ PROCEDERE
ALLA CHIUSURA DELLA CARTELLA
(max entro 30 gg e previa verifica della completezza
da parte del medico referente o delegato)
E ALLA SUA ARCHIVIAZIONE**



**La responsabilità
professionale sanitaria:
perché è così importante
documentare?**



QLS sia l'ottica in cui si considera la **RESPONSABILITÀ...**

OTTICA POSITIVA:

- conoscenza degli obblighi connessi allo svolgimento della professione e l'essere responsabili del/la paziente
- = documentare per tutelare il/la paziente

OTTICA NEGATIVA:

- attitudine a rispondere dei propri atti
- valutazione di un organo giudicante
- = come difendersi = documentare per tutelarsi

Quale responsabilità?

RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRATTUALE (Art. 1218 C.C.)

Il paziente deve allegare **l'esistenza del contratto** e la prova che il danno patito si è verificato **in costanza di prestazione sanitaria**. Spetta al professionista e alla struttura **provare l'esatto adempimento** o che l'eventuale inadempimento non è causalmente correlabile al danno patito/lamentato

La prova dell'esatto adempimento è nella cartella clinica (in generale nella documentazione sanitaria)

L'esatto adempimento è provato dalla coerenza logica del percorso diagnostico-terapeutico che deve risultare facilmente comprensibile, a prova di "non tecnico"

Questa "coerenza-logica" corrisponde, di fatto, all'appropriatezza clinica dell'intervento sanitario

Anche dopo il D.L. 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi) convertito con modificazioni nella Legge 189/2012

“...la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate, e non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la **c.d. responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria**, da contatto sociale (Cass 4030/2013)” per cui “il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l’onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto inadempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno (Cass. 6093/2013)”.

- L'esclusivo criterio cronologico delle annotazioni comporta una **frammentazione dei dati relativi al trattamento farmacologico**, con oggettiva **difficoltà per il medico** di ricostruire la tp in corso;
- Per infermiere: **difficoltà nel rilevare le consegne tp** (modifiche posologia farmaci, aggiunte, sospensioni, ecc)



POSSIBILE SOLUZIONE

Adozione di un FOGLIO UNICO DI TERAPIA

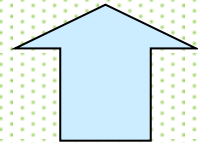
Foglio schematico nel quale per ogni farmaco siano riportate:

- Data/ora e autore della **prescrizione**;
- Data/ora e autore della **somm./consegna (o eventuale rifiuto)**;
- Data/ora e autore delle **modifiche e/o sospensione**

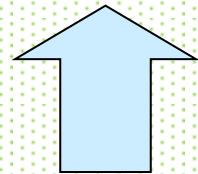
Ciò sarebbe di aiuto nella gestione della terapia in termini di **PREVENZIONE DI ERRORI**

Per questo

.....per la cura dei pazienti



Migliorare l'assistenza sanitaria



Ci interessa un lavoro insieme (DS - clinici)

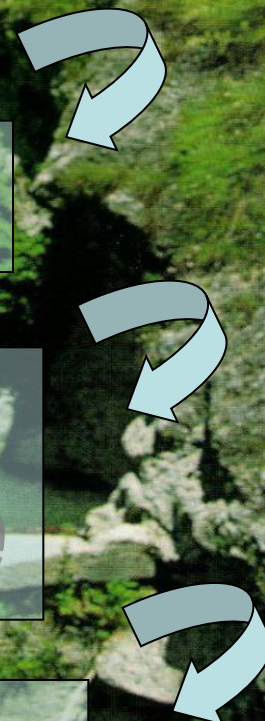
Perché la DIFETTOSA TENUTA della CARTELLA CLINICA...

Difettoso passaggio di informazioni

Eventi avversi

*Errori di diagnosi, di terapia,
inadeguata sorveglianza sul/la paziente*

***Danno al/la paziente
e/o all'operatore***



In Regione Emilia-Romagna



Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29

Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche e integrazioni

- ❖ L'assunzione da parte del Servizio Sanitario Regionale dell'obiettivo della prevenzione degli errori attraverso la gestione del rischio, nonché delle responsabilità degli effetti indesiderati dell'attività sanitaria attraverso l'integrazione delle funzioni di prevenzione degli eventi avversi con quelle di risarcimento dei danni
- ❖ La creazione di un ambiente di lavoro che sia contemporaneamente centrato sui bisogni sanitari del paziente, rispettoso dei suoi diritti e della sua dignità, e che faciliti l'assunzione delle decisioni professionali sistematizzando i comportamenti più adeguati
- ❖ La gestione delle problematiche relative alle assicurazioni

Determinazione del 16 novembre 2007, n. 15213

Istituzione di specifici gruppi tecnico-scientifici di lavoro, al fine di individuare aree di miglioramento della qualità delle cure e le conseguenti indicazioni operative segnalate nella relazione finale della commissione d'indagine costituita - in seguito agli eventi occorsi ad una paziente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - con decreto dell'Assessore alle Politiche per la Salute n. 38 del 28 settembre 2007 e seguente n. 39 del 3 ottobre 2007.



Regione Emilia-Romagna

Sempre in RER...

"Integrazione delle politiche di prevenzione del rischio, di gestione del danno, del contenzioso e delle strategie assicurative" che delinea, in sintesi, una strategia regionale da adottarsi, in materia, a livello aziendale a completamento delle indicazioni fornite in precedenza

Indirizzi operativi a cui le Aziende Sanitarie dovranno adeguarsi, contenuti negli obiettivi assegnati alle Direzioni Generali e, segnatamente, alle Direzioni Sanitarie cui afferisce la funzione di gestione del rischio e quindi l'attuazione del piano-programma aziendale

***Integrazione delle politiche di
prevenzione del rischio, di gestione del danno,
del contenzioso e delle strategie assicurative***

Il presente documento deriva dalle riflessioni e dalle esperienze condotte negli ultimi anni nella Regione Emilia-Romagna sulla gestione del rischio clinico e del contenzioso e su come le due attività possano essere rese coerenti nel quadro più generale del governo clinico, dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna e dei principi cui è ispirato il sistema di welfare regionale.



DGR 1706/2009

Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio

Elaborati dei gruppi tecnico-scientifici designati in tema di:

- 1. SICUREZZA DEI SISTEMI RIS/PACS IN RADIOLOGIA**
- 2. SICUREZZA DEI COMPORTAMENTI PROFESSIONALI IN RADIOLOGIA**
- 3. INDICAZIONI A PROCEDURE INVASIVE ED ITER DIAGNOSTICO**
- 4. CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**
- 5. PROFILASSI ANTIBIOTICA ED ANTITROMBOEMBOLICA IN CHIRURGIA**
- 6. CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**
- 7. ASSISTENZA POST-OPERATORIA**
- 8. COMUNICAZIONE AI PAZIENTI E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE PUBBLICA**

SCHEDE SINOTTICHE
CON
INDICAZIONI OPERATIVE

In particolare...

...Corretta tenuta della documentazione sanitaria

6. CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

MANDATO	Elaborare indicazioni relative alla formazione, monitoraggio della qualità della documentazione clinica e alla produzione in forma integrata della medesima.
DISEGNO COMPLESSIVO	<p>Il gruppo di lavoro si è concentrato in modo particolare sulla Cartella Clinica come <i>summa</i> della documentazione in ambito sanitario, definendone le principali finalità non solo come strumento di lavoro per i professionisti ma anche e soprattutto come strumento di comunicazione (ovvero quale fondamentale mezzo per un <i>corretto passaggio di informazioni</i> tra i sanitari) oltre che, di conseguenza, come formidabile strumento di gestione proattiva del rischio e del contenzioso. L'epidemiologia del contenzioso in ambito sanitario degli ultimi anni ha fatto emergere con sufficiente chiarezza come, tra le cause radice di gran parte degli errori umani e di sistema, vi sia tutt'altro che infrequentemente l'imperfetta comunicazione tra gli operatori sanitari e fra questi ed il paziente e/o i suoi familiari. Nondimeno l'inadeguata documentazione dell'attività diagnostico-terapeutica e della consapevole adesione del paziente alle cure si configura come l'antecedente causale più frequente della scarsa "difendibilità" dell'operato dei professionisti coinvolti in procedimenti giudiziari oltre che delle Aziende Sanitarie "chiamate" al ristoro dei danni provocati alla persona, sia in ambito giudiziale, sia extragiudiziale. E' stata dunque elaborata una traccia di <i>indicazioni operative</i> per la corretta tenuta della documentazione sanitaria, ponendo particolare attenzione agli aspetti più significativi inerenti il rispetto dei requisiti di contenuto della cartella clinica e alla <i>formazione</i> integrata della stessa, pervenendo alla proposta dell'adozione di un diario clinico unico (medico-infermieristico) e di una scheda unica di terapia o foglio unico di terapia.</p>
CRITICITÀ RILEVATE	<ul style="list-style-type: none">- Disomogeneità nei sistemi di identificazione delle cartelle e di archiviazione- Tempi eccessivi di archiviazione e incongrua conservazione in reparto- Smarrimento di cartelle cliniche- Eterogeneità delle caratteristiche grafiche (struttura, formato) delle cartelle cliniche differenti da U.O. e U.O.- Illeggibilità della grafia- Impossibilità di risalire all'autore della registrazione

- Impossibilità di risalire all'epoca della registrazione
- Modalità di correzione improprie del contenuto (ipotesi di reato: falso materiale e falso ideologico in atto pubblico)
- Incomprensibilità del programma terapeutico farmacologico prescritto (modalità difformi e non condivise di indicare la sospensione o la modifica di dosaggio di un farmaco, di indicare gli elementi della prescrizione, spesso incomplete, non leggibili o incongrue)
- Impossibilità di risalire, in un dato momento della giornata di ricovero a quali farmaci siano già stati somministrati e a quali debbano ancora esserlo; mancanza di una visione sinottica del prescritto e del somministrato nelle 24 h
- Dispersione di informazioni tra sezione "medica" e sezione "infermieristica" della documentazione, mancata integrazione delle informazioni, duplicazione o assenza di rilevazione di parametri clinici importanti
- Annotazioni che riportano insinuazioni inopportune, opinioni generiche e/o non pertinenti
- Incompletezza: campi non compilati, mancanza di parti/sezione della cartella, mancanza di referti, mancanza di moduli di consenso informato, referti o altra modulistica inserita in cartella, ma appartenente ad altro paziente
- Mancata trasmissione e comunicazioni di risultati di indagini/accertamenti pervenuti all'U.O. dopo la dimissione del paziente
- La compilazione e la tenuta della cartella clinica è frequentemente percepita dai professionisti come un atto/obbligo burocratico, non come strumento di lavoro, quale invece è
- Scarsa consapevolezza dei professionisti dell'importanza della cartella clinica come documento/strumento probatorio finalizzato alla dimostrazione di avere ben agito nei confronti del paziente

SOLUZIONI PROPOSTE

- Individuazione di responsabilità per la corretta compilazione, tenuta ed archiviazione delle cartelle cliniche
- Definizione di requisiti minimi di "struttura" (sezioni, formato) della cartella clinica
- Definizione di modalità univoche di identificazione (numero nosologico) e di archiviazione
- Definizione dei requisiti di contenuto (rintracciabilità, chiarezza, veridicità, completezza, pertinenza)
- Adozione di un modello integrato di cartella clinica: diario clinico (medico-infermieristico condiviso), scheda unica di terapia
- Definizione di un programma di verifiche periodiche sulla qualità delle cartelle cliniche su un campione di

	cartelle non inferiore al 5% per ogni Unità Operativa
IMPLEMENTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di documenti operativi (procedure/indicazioni operative sulla corretta compilazione, tenuta e archiviazione della cartella clinica) - Interventi educativi (eventi seminariali di U.O., corsi di formazione a livello aziendale) - Controlli periodici di qualità su campioni casuali di cartelle cliniche - Prevedere <i>audit</i> dipartimentali nei quali mostrare, trimestralmente e disaggregati per singola U.O., i risultati dei controlli di qualità al fine di definire gli obiettivi e gli eventuali correttivi per il trimestre successivo - Collegare tali attività a incentivi/disincentivi di budget e subordinare la verifica dei Direttori/Responsabili di U.O. anche alle attività relative alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria. - Gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari per l'elaborazione in un numero limitato prestabilito di modelli fruibili e integrati di documentazione sanitaria, condivisi a livello aziendale - Gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari per l'elaborazione di alcuni modelli fruibili di scheda unica di terapia - Elaborazione di documenti operativi (procedure/indicazioni operative) per facilitare l'adozione e la gestione della scheda unica di terapia come parte integrante della cartella clinica.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Definire e applicare procedura aziendale - Utilizzo di check list di chiusura della cartella clinica - Verifiche su almeno il 5% delle cartelle cliniche per la valutazione di conformità rispetto alla check list.

«Ei fu»...l'audit!

Descrivere:

- il grado di adesione alla corretta tenuta della documentazione sanitaria, come da indicazioni riportate nell'allegato 3 della DGR 1706/2009;
- gli aspetti gestionali della documentazione sanitaria;
- i modelli delle cartelle cliniche in uso al momento dell'audit

Protocollo di studio e checklist per l'audit

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO PRESIDIO OSPEDALIERI
IL RESPONSABILE
EUGENIO DI RUSCIO

**Audit sulla
Corretta Tenuta
della
Documentazione
Sanitaria**

presso le Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna

Anno 2011

1

Regione Emilia-Romagna

AUDIT SULLA CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA - CHECK DI AUTOVALUTAZIONE - ANNO 2011

NUMERO DELLA SDO	2	0	1							
AZIENDA										
PRESIDIO										
REPARTO DI DIMISSIONE										
DATA										

SEZIONE	OSSERVAZIONI E FIRMA
FRONTESPIZIO - FOGLIO DI INGRESSO	
ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO	
DIARIO CLINICO	
CONSULENZE	
REFERTI	
LETTERA DI DIMISSIONE	
FOGLIO DI TERAPIA FARMACOLOGICA	
VALUTAZIONE PREOPERATORIA	
ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO ANESTESIOLOGICO	
IDENTIFICAZIONE PAZIENTE E SITO CHIRURGICO	
REFERTO OPERATORIO	
FOGLI DI TRASFERIMENTO	
CONSENSO INFORMATO, FOGLI INFORMATIVI	
TRASFUSIONI	
DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA	
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA	
ALTRI	

MOD. 01-SCHEDA

I tempi

Autunno-Inverno 2011: effettuazione dell'audit

Gennaio-Aprile 2012: inserimento dati e verifiche degli archivi informatizzati

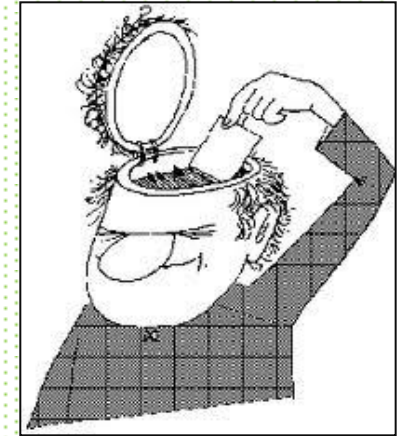
Maggio-Settembre 2012: analisi preliminare dei dati

Ottobre-Novembre 2012: analisi e commento dei dati con i gruppi di lettura

Dicembre 2012-Novembre 2013: divulgazione dei risultati



Richiamo di memoria...



**Per ogni Azienda “pubblica” sono state esaminate
50 cartelle relative alle discipline di:**

- Medicina Generale
- Chirurgia Generale
- Ostetricia-Ginecologia
- Ortopedia-Traumatologia
- **Psichiatria (per le Aziende USL) o**
- Pediatria (per le Aziende OSP)

Analisi dei dati





Problemi trasversali alle diverse sezioni che compongono la cartella clinica, in particolare:

- Collocazione temporale degli eventi
- Identificabilità degli attori

Aree di particolare “complessità”, soprattutto:

- Gestione dei consensi
- Gestione della terapia e, al suo interno, gestione della terapia al bisogno

Tra le aree di particolare “complessità”...



**Acquisizione dei
consensi
e informativa**

Azioni di intervento/miglioramento

- 1. Confronto interprofessionale per l'analisi, il commento dei risultati e la raccolta di proposte di miglioramento con:**
 - gruppi di lettura
 - auditor
 - specialisti
- 2. Definizione dei caratteri strutturali di un modello di "Cartella clinica" regionale**
- 3. Elaborazione di indirizzi regionali per supportare le Aziende nel processo di informatizzazione**
- 4. Elaborazione di un opuscolo-reminder per gli operatori sanitari sui focali d'attenzione della corretta tenuta della documentazione sanitaria**

5. Seminario sulla documentazione sanitaria

- esperienze regionali
- esperienze nazionali
- definizione di strategie

6. Revisione della checklist utilizzata per l'audit regionale, ad uso delle Aziende

7. Conferma dell'obbligo di verifica previsto dalla DGR 1706/2009 (il 5% delle cartelle per anno e per Azienda)

8. Attivazione di un tavolo di lavoro regionale per la revisione e l'aggiornamento della DGR 1706/2009

PRINCIPALI RISULTATI dell'AUDIT

ITEM	% ADERENZA
Identificazione/firma operatore	50%
Orario delle annotazioni sul diario clinico	50%
Ricognizione terapeutica	70%
Corretta registrazione della terapia	65%
Riferimenti circa la Terapia al bisogno	60%
Consenso al trattamento dei dati	70%
Firma del professionista per la privacy	50%
Informazione anestesia preoperatoria	40%
Informazione intervento chirurgico "if not"	40%
Firma medico consenso all'intervento	75%
Descrizione degli obiettivi assistenziali	20%
Registrazione della rilevazione del dolore	40%

EVENTI FORMATIVI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

La buona documentazione sanitaria: stato dell'arte, prospettive, interventi

SALA POLIVALENTE
BOLOGNA
VIALE ALDO MORO, 50

workshop regionale

LA BUONA DOCUMENTAZIONE
SANITARIA:
STATO DELL'ARTE
PROSPETTIVE
INTERVENTI

13 maggio 2013
9.30-17.30

WORKSHOP REGIONALI DEL MERCOLEDÌ

PROMUOVERE
QUALITÀ CLINICO-ORGANIZZATIVA
ATTRAVERSO
RICERCA E INNOVAZIONE

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Cartella
Clinica
Integrata

PROGETTO DI INTERVENTO REGIONALE
"Cartella Clinica Integrata"

Bologna, 5 dicembre 2013
Sala A - Terza Torre
Via della Fiera, 8

Livello di adesione agli Item Cartella Clinica (DGR 1706/2009)

n	Sezione	SI (%)	NO (%)	Tot. (%)
1	FUT	59,0	41,0	100
2	grafica	52,0	48,0	100
3	referti e consulenze	51,9	48,1	100
4	frontespizio	34,1	65,9	100
5	consensi	32,7	67,3	100
6	preoperatorio	31,0	69,0	100
7	anamnesi	27,6	72,4	100
8	ricovero attuale	23,4	76,6	100
9	esame obiettivo	22,5	77,5	100
10	diario clinico	21,4	78,6	100
11	monitoraggi	19,7	80,3	100
12	ricoveri precedenti	17,9	82,1	100
13	chirurgico e postoperatorio	17,2	82,8	100
14	programma diagnostico	14,4	85,6	100

Range percentuali Si: 59 % - 14,4%

Range Data Miss: 64% - 3,6%.

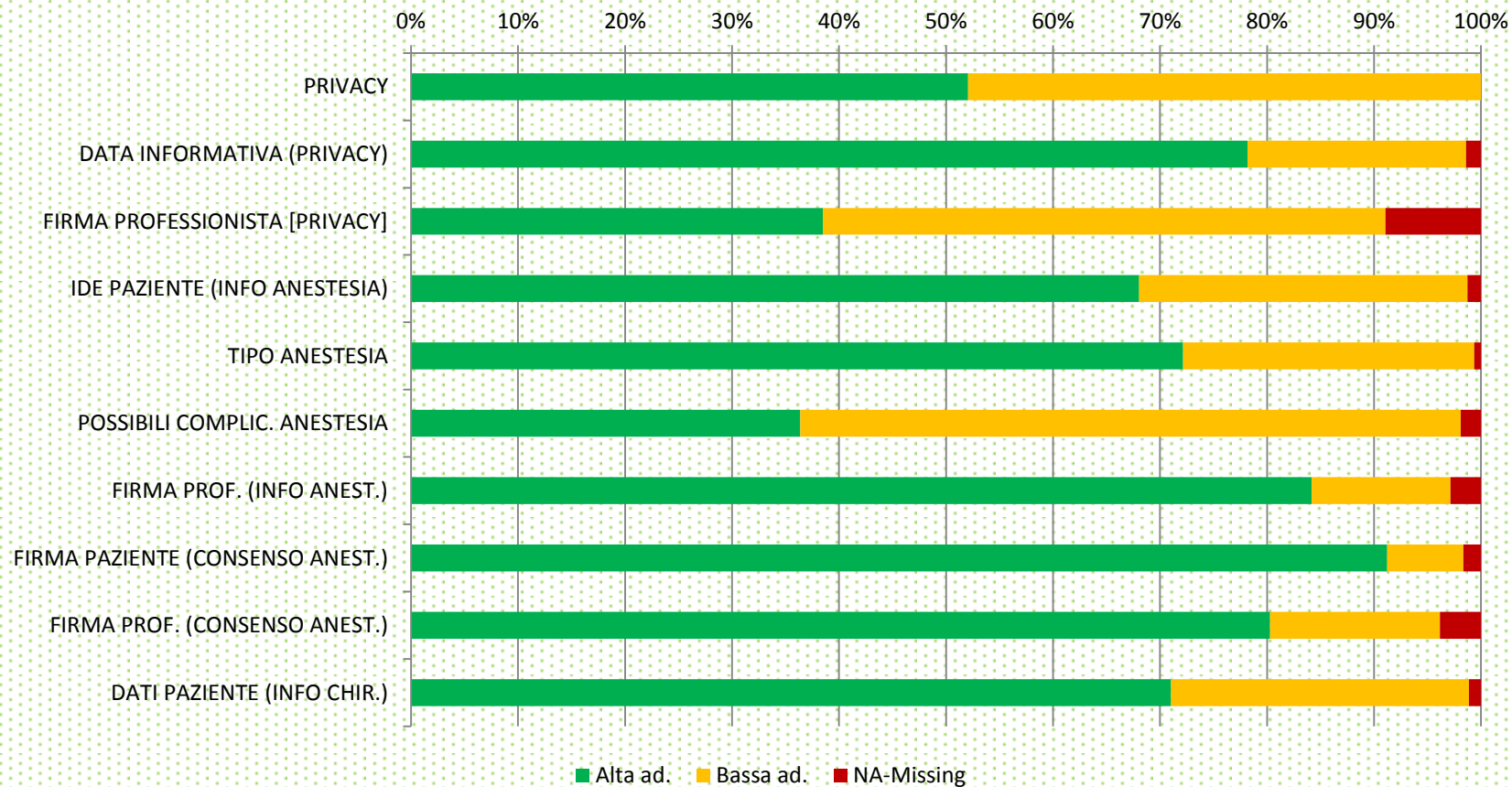
Livello di adesione Item Cartella Infermieristica (DGR 1706/2009)

n	sezione	SI (%)	NO (%)	Tot. (%)
1	FUT	38,3	61,7	100
2	grafica	35,1	64,9	100
3	frontespizio	29,8	70,2	100
4	ricovero attuale	27,3	72,7	100
5	monitoraggi	26,6	73,4	100
6	chirurgia postoperatorio	26,3	73,7	100
7	diario clinico	21,9	78,1	100
8	preoperatorio	21,2	78,8	100
9	esame obiettivo	18,4	81,6	100
10	referti consulenze	15,9	84,1	100
11	anamnesi	15,7	84,3	100
12	ricoveri precedenti	11,2	88,8	100
13	programma diagnostico	8,4	91,6	100
14	consensi	5,2	94,8	100

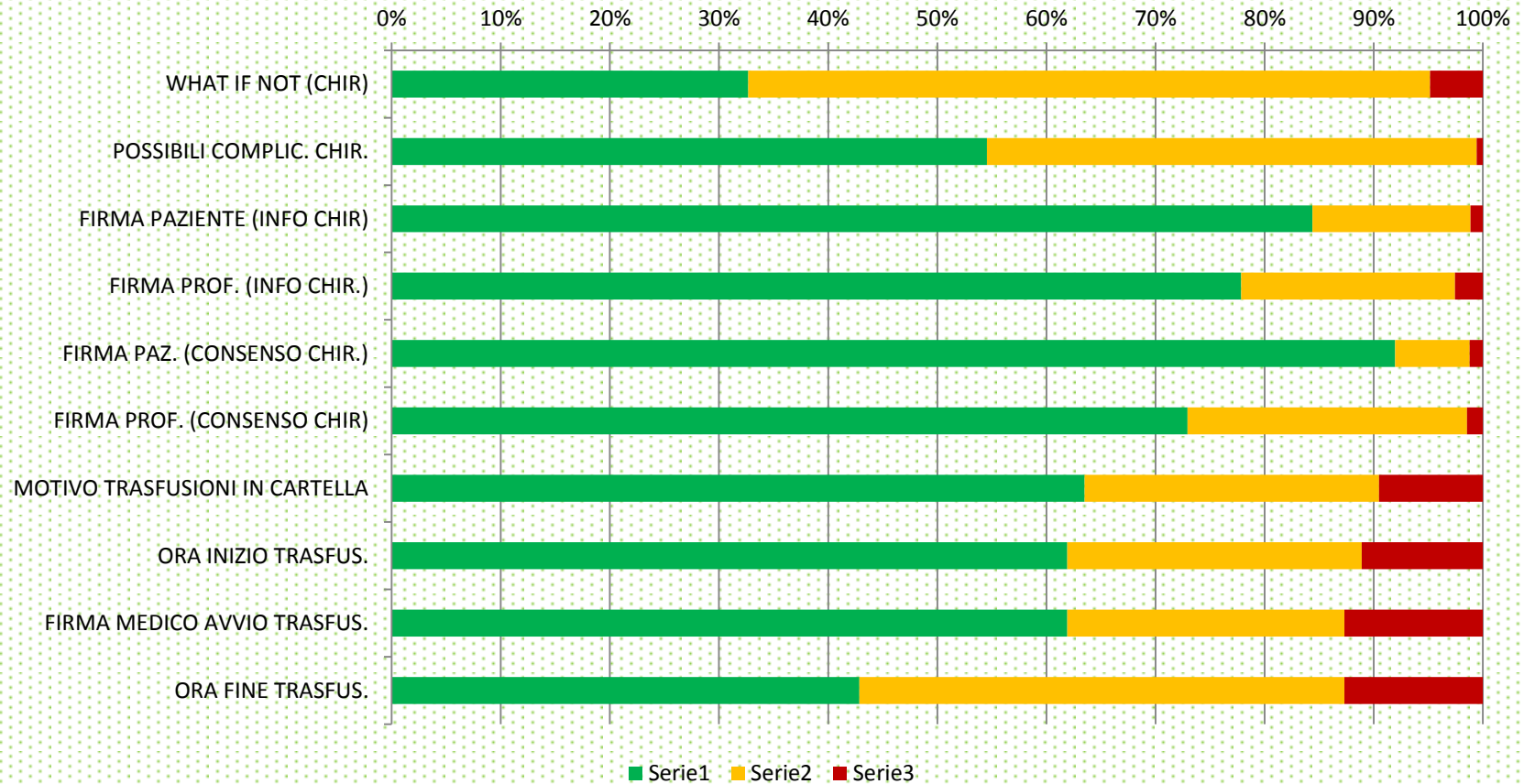
Analisi percentuale data miss per sezione

Sezione	% miss
Frontespizio	3,2
Ricoveri Precedenti	18,8
Ricovero Attuale	6,6
Anamnesi	7,7
Esame Obiettivo	12,8
Diario Clinico	9,2
Programma Diagnostico	25,1
Referti e Consulenze	4,1
Preoperatorio	54,1
Chirurgico e Post Operatorio	52,4
Consensi	21,5
Monitoraggi	20,7
FUT	20,8
Grafica	23,2

Sezioni esaminate dal medico-legale



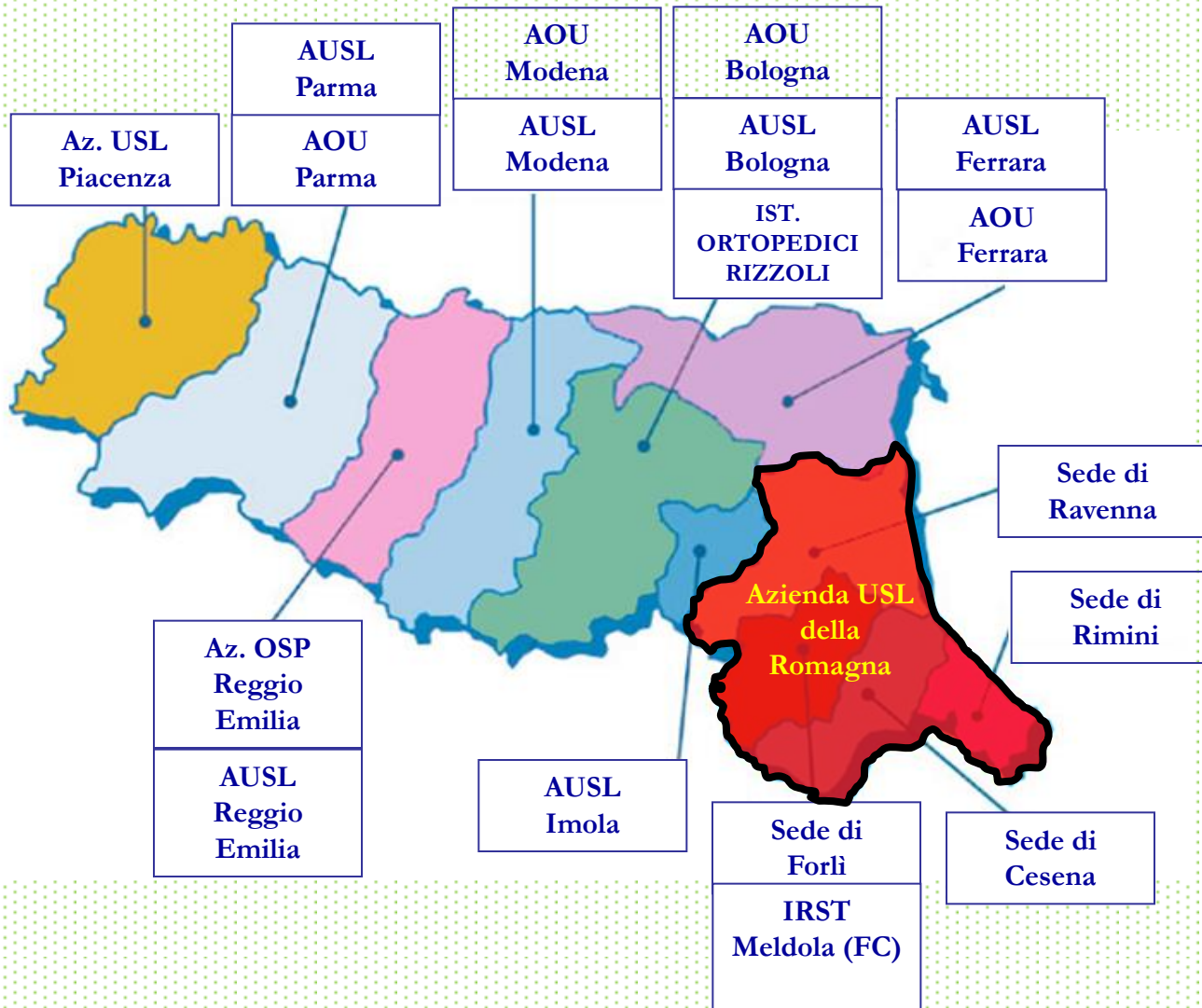
Sezioni esaminate dal medico-legale



Il progetto di intervento regionale **Cartella Clinica Integrata**



Aziende partecipanti



Il progetto di Intervento Regionale

Obiettivo generale

**Sviluppare una cultura professionale
che attribuisca un valore innovativo
alla cartella clinica, in termini
di appropriatezza e sicurezza
nei confronti dei pazienti,
dell'organizzazione e degli operatori**



1° Obiettivo

Definire, a livello regionale, i requisiti essenziali della cartella clinica integrata

Sicurezza delle cure

Favorire l'appropriata documentazione del percorso clinico-assistenziale del/la paziente

- Completezza
- Interdisciplinarietà
- Integrazione professionale delle informazioni



2° Obiettivo

Elaborare indirizzi regionali sulla modalità di informatizzazione della Cartella clinica integrata nelle Aziende della RER, tenendo conto dei vincoli strutturali e tecnologici presenti nelle Aziende

3° Obiettivo

Elaborare una brochure/reminder sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria

4° Obiettivo

Aggiornare le indicazioni operative per la corretta tenuta della documentazione sanitaria previste dalla DGR 1706/2009



I PRINCIPI GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI ESSENZIALI DI UNA CCI

Cartella Clinica

Requisiti di contenuto

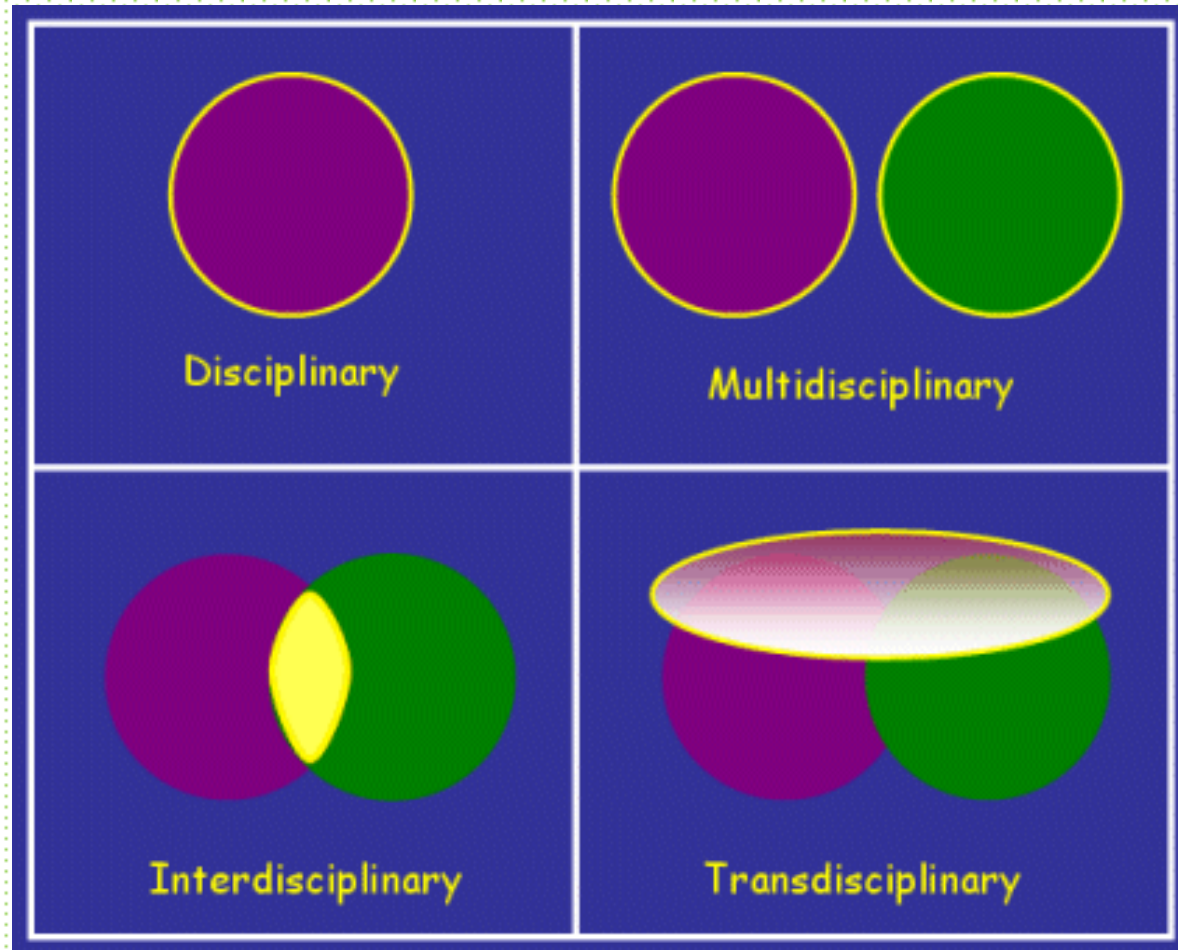
- **Tracciabilità**
- **Chiarezza**
- **Accuratezza e appropriatezza**
- **Veridicità**
- **Attualità**
- **Pertinenza**
- **Completezza**
- **...**



I principi guida per la definizione dei requisiti essenziali di una CCI

- **L'appartenenza** primaria della cartella clinica al/la paziente
- **La tracciabilità del percorso clinico-assistenziale** del/la paziente
- **L'integrazione delle informazioni** di cura tra i vari professionisti
- **La possibilità di evitare la duplicazione delle informazioni**
- **La corretta registrazione/tenuta** della cartella clinica (comprensibilità, completezza....)

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E DISCIPLINARE



Alcuni riferimenti



Cartella Paziente Integrata (CPI) Ministero della Salute 2011

CPI

Sviluppo di un modello
di Cartella Paziente **Integrata**



Ministero della Salute

Aree (CPI) Ministero della Salute 2011

STRUMENTI INTEGRATI

L'integrazione delle diverse figure professionali si sposa poco con una soluzione cartacea, ma in ogni caso in alcuni strumenti fondamentali della cartella, si è cercato di dare visibilità e spazio alle azioni dei diversi attori coinvolti

MODULO DI SINTESI DEL RICOVERO

Poche informazioni sia di competenza medica sia infermieristica

DIARIO

Unico modulo in cui tracciare le procedure, le consulenze, le decisioni cliniche adottate da parte di medici, infermieri, dietisti, fisioterapisti, etc.

RELAZIONE ALLA DIMISSIONE

Prevede oltre alla consolidata parte medica una parte infermieristica

Aree (CPI) Ministero della Salute 2011

MODULI CONSENSI

Tra quelli proposti nel modello ci sono:

- autorizzazione alla comunicazione alle informazioni relative al ricovero;
- consenso per indagine tossicologica;
- consenso alle procedure terapeutiche;
- consenso al trattamento anestesilogico;
- autorizzazione alla conservazione di materiale biologico

MODULI E STRUMENTI PER GARANTIRE LA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE

- checklist sala operatoria
- modulo per la tracciabilità sala operatoria;
- modello di Scheda Terapeutica Unica/ Foglio Unico di Terapia;
- modello di Scheda Terapeutica Unica/ Foglio Unico di Terapia per Terapia Intensiva;
- alcune scale di rilevazione dei potenziali rischi, come ad esempio quelle delle cadute

CHECKLIST DI CHIUSURA DELLA CARTELLA

La checklist di chiusura della cartella costituisce un elenco importante per la ricostruzione del percorso del/la paziente a fine ricovero per la ricostruzione e l'assemblaggio di tutti i moduli di essa.

LETTERATURA INTERNAZIONALE



Setting di provenienza: Nord America, Australia, Israele

Focus incentrato sull'informatizzazione
(integrazione già consolidata)

Evidenze dell'informatizzazione: significativa riduzione dell'errore in ambito prescrittivo e dei relativi danni correlati - esiti clinici.

Difficoltà di lettura dei risultati (Applicabilità)



Aree tematiche / Gruppi di lavoro

Sezioni Cartella clinica riportate nell'allegato 3 della DGR 1706/2009

Frontespizio - Foglio d'ingresso	Informativa all'anestesia
Anamnesi ed Esame obiettivo	Consenso all'anestesia
Diario Clinico	Informativa all'intervento
Consulenze	Consenso all'intervento
Referti	Consenso all'infusione di emocomponenti/plasmaderivati
Foglio di terapia farmacologica	Documenti relativi a trasfusioni
Valutazione preoperatoria	Foglio di trasferimento
Referto operatorio	Relazione alla dimissione
Verbale anestesiológico	Monitoraggio del dolore
Scheda SOS.net	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
Acquisizione dei consensi informati	Documentazione infermieristica
Consenso al trattamento dei dati	Modelli teorici e organizzativi dell'assistenza

AREA DESCRITTIVA

**ANAMNESI-ESAME
OBIETTIVO**

DIARIO CLINICO

CONSULENZE

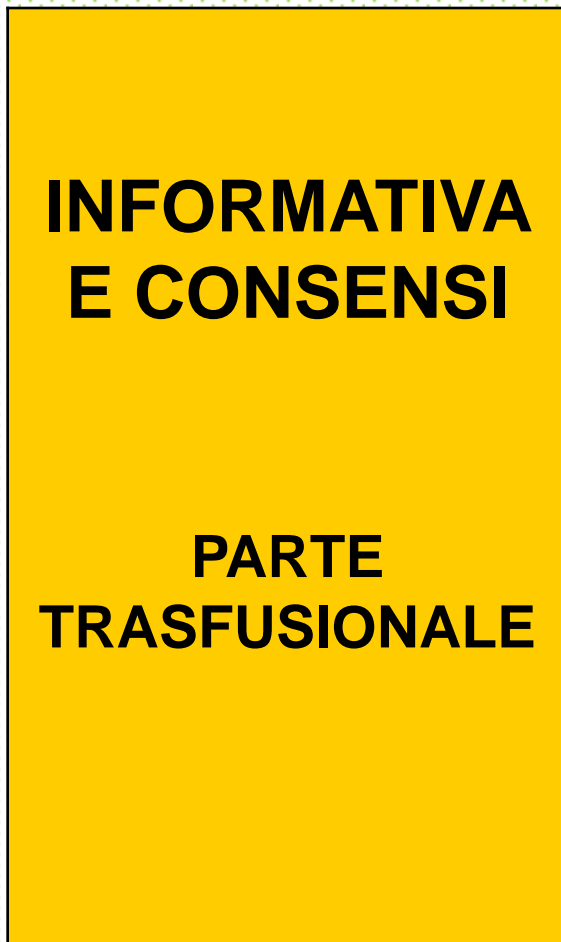
ALERT-ANNOTAZIONI

**ACCERTAMENTO -
PIANIFICAZIONE
ASSISTENZIALE**

AREA DIMISSIONE- CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

DIMISSIONE

***AREA CONSENSI E
TRASFUSIONALE***



AREA VALUTATIVA



AREA OPERATORIA

**PREPARAZIONE
PREOPERATORIA**

**VALUTAZIONE
ANESTESIOLOGICA**

**IDENTIFICAZIONE
PAZIENTE**

**IDENTIFICAZIONE
SITO CHIRURGICO**

TERAPIA E GRAFICA

**FOGLIO UNICO
DI TERAPIA**

GRAFICA

***Indirizzi regionali sulla modalità
di informatizzazione della
Cartella clinica integrata nelle
Aziende della RER***



BROCHURE/REMINDER SULLA CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA



DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DEI GRUPPI DI LAVORO

- **Protocollo di studio**
- **Linee guida/Raccomandazioni ministeriali**
- **Indirizzi o Manuali sulla Cartella Clinica di altre Regioni**
- **Documentazione specifica per le diverse aree tematiche (FUT, CCIE, ...)**
- **Parti virtuose Aziende della RER**
- **...**

Tempogramma del Progetto

<i>MARZO</i>	<i>APRILE</i>	<i>MAGGIO</i>	<i>GIUGNO</i>	<i>LUGLIO</i>	<i>AGOSTO</i>	<i>SETTEMBRE</i>	<i>OTTOBRE</i>
Gruppi di lavoro				Assemblaggio materiale e Preparazione Documento		Condivisione e consultazione allargata	

NOVEMBRE

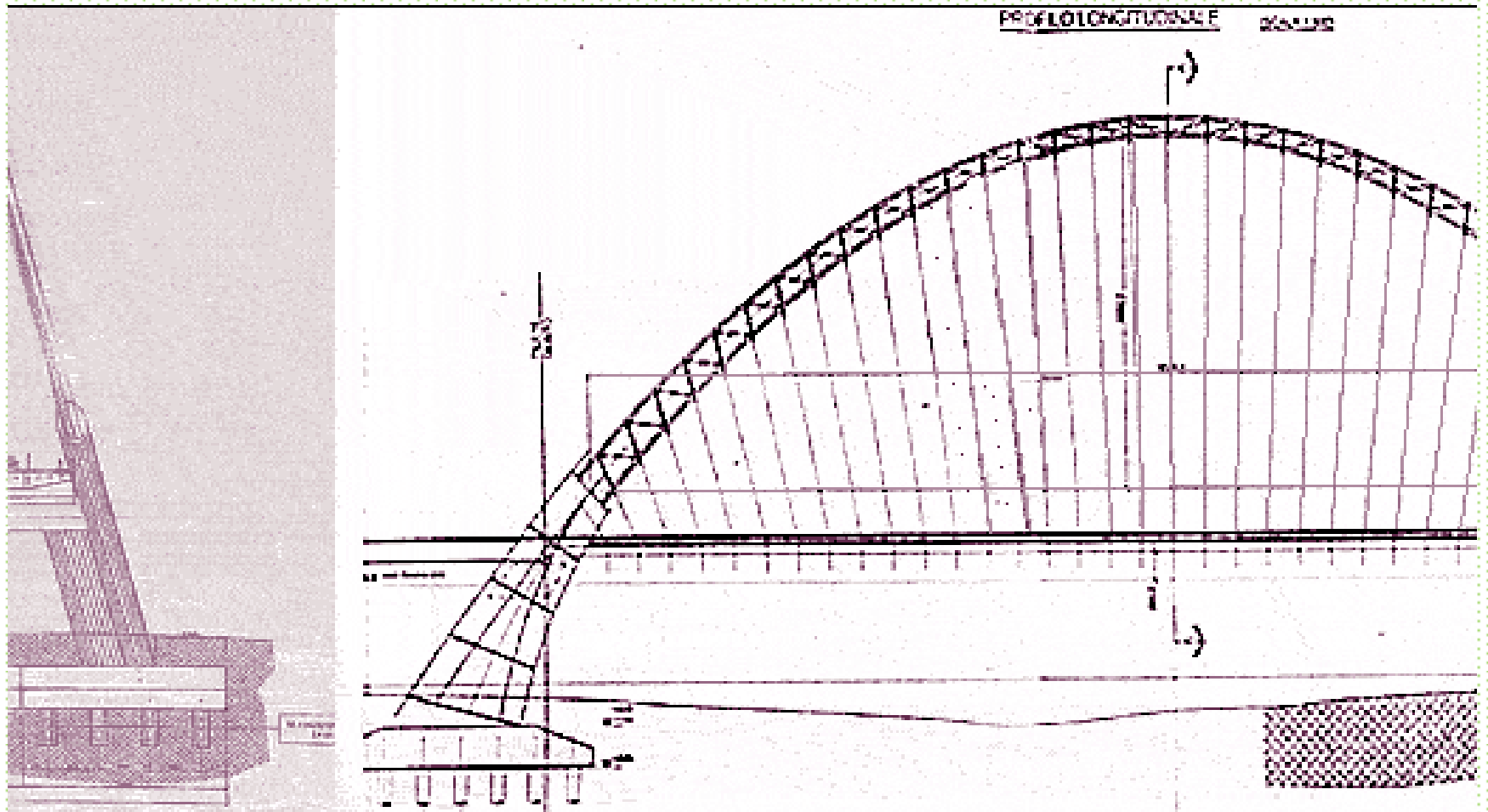
INVIO ALLE AZIENDE DEGLI INDIRIZZI REGIONALI E AVVIO SPERIMENTAZIONI

SUCCESSIVI MONITORAGGI SULL'IMPLEMENTAZIONE

Prima di arrivare qui ...



C'è stato questo!



**La strada da percorrere è ancora lunga . . .
*anche e soprattutto dal punto
di vista culturale!***





Lavori in corso

Grazie

*“We cannot change the human beings
but we can change the conditions
under they work”*

JAMES REASON, 2003

