

I N D I C E

1. SCOPO	2
2. RIFERIMENTI.....	2
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	2
5. RESPONSABILITA'	2
6. DEFINIZIONE DI CARTELLA CLINICA	3
6.1 CARATTERISTICHE DEI DOCUMENTI SANITARI	4
7. FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA.....	6
8. STRUTTURA DELLA CARTELLA CLINICA DOMICILIARE.....	7
8.1 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)	8
8.2 ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA.....	9
8.3 INQUADRAMENTO INIZIALE DELLA PERSONA ASSISTITA	9
8.3.1 ANAMNESI	9
8.3.3 ESAME OBIETTIVO	10
8.4 PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO DI CURA ED ASSISTENZA.....	11
8.3.2 <i>Procedure terapeutiche ed assistenziali</i>	11
8.4 DECORSO DELL'ASSISTENZA	11
8.4.1 <i>Diario clinico</i>	11
8.4.2 <i>Piano terapeutico</i>	12
8.4.3 <i>Prescrizioni nutrizionali</i>	12
8.4.4. <i>Rilevazione parametri vitali</i>	12
8.4.5 <i>Referti</i>	12
8.4.6 <i>Consulenze</i>	13
8.4.7 <i>Consensi informati</i>	13
8.5 LA CARTELLA INFERMIERISTICA.....	13
9. ARCHIVIAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA.....	17

Rev	Data	MOTIVO DELLA REVISIONE	EMESSO DA	VERIFICATO DA	APPROVATO DA
00	18.09.2017	Prima Emissione	DS - CS	RQ	PR
01	13.02.2022	Revisione Generale	DS - CS	RQ	PR

1. SCOPO

Scopo del presente documento è di definire responsabilità ed attività per la corretta compilazione e gestione delle cartelle cliniche relative ai pazienti assistiti.

Lo scopo è quello di:

- definire le responsabilità e le modalità di gestione della cartella clinica e dei documenti sanitari in genere;
- definire criteri chiari per la compilazione, il rilascio, la consultazione e l'archiviazione di documenti sanitari al fine di effettuare una corretta valutazione.

2. RIFERIMENTI

- ◆ Home care - Manuale Joint Commission
- ◆ American Medical Association (AMA) e Health Care Financing Administration (HCFA): Evaluation & Documentation Guidelines - giugno 2000.
- ◆ Regione Lombardia: *Manuale della cartella clinica domiciliare- 2007*
- ◆ Norma ISO 9001:2015 - punto 7.5

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le registrazioni connesse con l'espletamento di attività connesse con il processo di cura ed assistenza dei pazienti.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Presidente
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Responsabile di Centrale Operativa
- Coordinatore Medici
- Coordinatore Infermieristico
- Responsabile Qualità
- Medici
- Operatori Sanitari: Infermieri, Fisioterapisti
- Assistenti Sociali
- Logopedisti
- Dietista
- Psicologi
- OSS

5. RESPONSABILITA'

Nella tabella seguente sono riportate sinteticamente le responsabilità per l'esecuzione delle attività connesse con la compilazione e gestione della cartella clinica, specificate in dettaglio nei paragrafi successivi.

<i>Responsabilità</i>	<i>Attività</i>
Medici dediti all'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> – anamnesi ed esame obiettivo – piano di cura – prescrizioni terapeutiche – validazione delle terapie – valutazioni e rivalutazioni del paziente

<i>Responsabilità</i>	<i>Attività</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – ricognizione e riconciliazione farmacologica ▪ Compilazione e sottoscrizione consensi informati ▪ Firma della cartella clinica
Infermieri	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RegISTRAZIONI relative a: <ul style="list-style-type: none"> – valutazioni iniziali – diagnosi infermieristiche e pianificazione dell'assistenza – somministrazioni terapie – parametri vitali – valutazione del dolore – diario infermieristico – firma cartella
Dietisti Logopedisti Fisioterapisti Assistenti sociali Psicologi OSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartella specifica ▪ Diario
Direzione Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Validazione cartelle cliniche chiuse ▪ Archiviazione cartelle cliniche cartacee

	Revisione procedura	Compilazione cartella	Archivio
Direttore Sanitario	R		R
Assicurazione Qualità	C		
Responsabile di centrale		R	R
Coordinatori		R	R
Medici		R	R
Fisioterapista		R	R
Infermieri		R	R

6. DEFINIZIONE DI CARTELLA CLINICA

Il Ministero della Salute, in un suo documento del 1992 ha definito la cartella clinica come *“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”*.

La cartella clinica è la raccolta organica e funzionale di dati/documenti, registrati da medici e infermieri e/o altri professionisti sanitari, relativi a singoli casi di intervento a domicilio di un paziente (anagrafe persona assistita, anamnesi, esame obiettivo, referti di

trattamenti diagnostici o terapeutici, diagnosi e terapia, diario degli interventi, scheda infermieristica, scheda del dolore, ecc.) finalizzata a:

- fornire una base informativa per decisioni assistenziali razionali e per garantire continuità assistenziale, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico ed i risultati conseguiti;
- consentire la tracciabilità delle attività svolte, rispetto alle modalità della loro esecuzione, della responsabilità delle azioni e della cronologia delle stesse;
- facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico- terapeutico;
- costituire una fonte informativa per ricerche clinico-scientifiche, per la formazione degli operatori, per studi valutativi dell'attività assistenziale, per esigenze amministrative e gestionali;
- permettere, trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, l'esercizio di diritti e la tutela di legittimi interessi della persona assistita e dei professionisti che agiscono in suo nome.

Presso il domicilio verrà aperta e mantenuta aggiornata una cartella clinica domiciliare a nome del paziente, dove verranno registrate le presenze del personale medico, le prestazioni effettuate e gli eventi significativi.

La cartella clinica di cure domiciliari ha inizio al momento dell'avvio del PAI relativo al paziente, segue il paziente nel suo percorso ed ha termine di completezza al momento della conclusione del PAI. La cartella clinica raccoglie la storia e la documentazione del paziente relativa all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato e la data di cessazione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con il servizio di cure palliative.

In sintesi la cartella clinica è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti l'esecuzione del PAI e contiene i seguenti elementi minimi:

- Identificazione della struttura di ricovero;
- Generalità della persona assistita;
- Caratteristiche del ricovero;
- Anamnesi;
- Esame obiettivo;
- Scheda di dolore;
- Referti di trattamenti diagnostici o terapeutici;
- Diagnosi e terapia;
- Diario clinico e infermieristico
- Documentazione dei professionisti sanitari non medici (schede di valutazione, schede di terapia,...)

6.1 Caratteristiche dei documenti sanitari

I documenti sanitari e le informazioni riportate in cartella clinica devono rispondere a criteri di:

- Identificazione e rintracciabilità
- Chiarezza
- Veridicità
- Pertinenza

- Completezza

▪ **Identificazione e Rintracciabilità**

Per identificazione e rintracciabilità s'intende la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali ed ai documenti che costituiscono le componenti delle prestazioni erogate alla persona assistita.

Nella documentazione sanitaria, per ogni singolo atto, devono essere identificabili:

- il momento dell'attività con data e ora;
- gli autori con firma leggibile (elementi imprescindibile per le attività che modificano o possono influenzare il decorso terapeutico o lo stato psico-fisico del paziente).

Per atti che configurino responsabilità multiple ognuno degli operatori deve apporre la propria firma.

Quando viene fatto riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, essi vanno richiamati e referenziati.

▪ **Chiarezza**

La chiarezza riguarda la grafia e l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la Cartella clinica: medici, altri professionisti sanitari, pazienti e altre figure che possono aver interesse o necessità di consultazione (legali, commissioni esterne per il controllo dell'appropriatezza, ecc..).

L'esposizione deve essere diretta e non dare adito a diverse interpretazioni.

Va sconsigliato l'uso di sigle quando non venga fornita una legenda in chiaro delle stesse al loro primo uso in Cartella.

▪ **Veridicità**

Tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi. Un ingiustificato ritardo nella compilazione, oppure la mancata compilazione, può configurarsi come una omissione di atti di ufficio.

I dati e gli eventi riportati in cartella clinica debbono essere veritieri e corrispondenti ai dati oggettivi relativi al paziente rilevati in scienza e coscienza dal personale medico e infermieristico e dagli altri operatori sanitari e agli effettivi accadimenti e come si sono verificati.

Non va mai usato il correttore (bianchetto), non sono consentite annotazioni in matita, cancellazioni con gomma, sovrascritture o parti sovrapposte e incollate.

▪ **Pertinenza**

Le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

▪ **Completezza**

Ogni Cartella clinica identifica in modo univoco un paziente. Essa viene aperta al momento di inizio del PAI della persona assistita e chiusa, cioè completata in ogni sua parte, alla data di cessazione delle prestazioni.

Parti essenziali e documenti che compongono una cartella clinica:

- Frontespizio (scheda anagrafica)
- Consenso informato (scheda anagrafica)
- Autorizzazione al trattamento dei dati (scheda anagrafica)
- Anamnesi (familiare, patologica remota, patologica prossima, farmaci assunti a domicilio)
- Esame obiettivo generale e specialistico all'avvio del trattamento
- Ipotesi diagnostiche-terapeutiche e problemi (primo giorno diario clinico)

- Diario clinico (aggiornato quotidianamente)
- Documentazione infermieristica (aggiornata quotidianamente)
- Esami o consulenze (referti)
- Grafica parametri (aggiornata quotidianamente)
- Foglio di terapie (registrazione quotidiana)
- Eventuale consenso informato del paziente all'esecuzione di prestazioni radiologiche con mezzo di contrasto o procedure invasive

7. FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA

I contenuti della cartella clinica domiciliare devono rispondere alle seguenti esigenze:

- a. **fornire una base informativa** per scelte assistenziali razionali e per garantire continuità assistenziale, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico realizzato nel corso dell'assistenza ed i risultati conseguiti;
- b. **consentire la tracciabilità**, per le diverse attività svolte, di:
 - ✓ responsabilità delle azioni;
 - ✓ cronologia delle stesse;
 - ✓ modalità della loro esecuzione.
- c. **facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali** nel processo diagnostico-terapeutico. Esplicitare in cartella tutti gli aspetti di valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico. In generale, i destinatari dell'ADI sono soggetti fragili in condizione di non autosufficienza, affetti da patologie croniche in atto o esiti di patologie che necessitano di assistenza e cure erogabili in un setting domiciliare. La valutazione multidimensionale, la cui prassi è stata normata da alcune Regioni, le quali hanno definito l'utilizzo obbligatorio di appositi strumenti (schede precompilate o scale di valutazione), è volta sia a confermare o smentire l'indicazione alla presa in carico in ADI sia, in caso di conferma dell'indicazione, a caratterizzare al meglio il bisogno specifico dell'assistito, avviando così il processo di definizione di un PAI.
- d. **pianificare l'assistenza**: l'équipe multidisciplinare stabilisce finalità specifiche, modalità e livello di intensità assistenziale necessario, definendo così i tempi, la frequenza degli accessi e l'attivazione delle figure professionali maggiormente indicate per la cura dello specifico caso. Il PAI nasce come strumento flessibile, nella misura in cui le necessità del paziente, l'intensità, le stesse finalità della cura possono variare nel corso dell'assistenza. Tutte le modifiche del PAI incluse eventuali proroghe verranno inserite in cartella.
- e. **assicurare la raccolta di evidenze circa la dimensione multidisciplinare e interdisciplinare dell'assistenza**: i professionisti che fanno parte dell'équipe che presta l'ADI, pur nella necessaria suddivisione di ruoli, competenze e responsabilità, devono far sì che questi si esercitino in un clima di continuo confronto e integrazione per la definizione e la prosecuzione dell'iter assistenziale più appropriato e coerente. Il lavoro di équipe dell'ADI è infatti pensato come la risposta più efficace alla complessità presentata dal paziente. Dal punto di vista operativo, i servizi assistenziali che l'ADI assicura sono di natura medica, infermieristica, riabilitativa (fisioterapia e terapia occupazionale), psicologica, socio-assistenziale, di aiuto alla persona e al governo della casa.

Di fondamentale importanza il coinvolgimento dei familiari/caregiver, tramite attività di informazione e training erogati dagli operatori stessi a domicilio. Il caregiver diventa parte attiva dell'assistenza anche nella prospettiva dell'équipe professionale, che nel

rispetto di ruoli e competenze, ne può esaltare le potenzialità uniche per il miglioramento globale dell'assistenza e della qualità della vita del paziente.

f. costituire una fonte informativa per

- ✓ le ricerche in campo clinico e scientifico
- ✓ la revisione di linee guida e protocolli
- ✓ l'individuazione delle possibili fonti di rischio clinico e delle cause di eventi avversi
- ✓ la formazione degli operatori;
- ✓ la valutazione dell'attività assistenziale;
- ✓ le esigenze amministrative e gestionali.

g. permettere l'esercizio di diritti e la tutela di legittimi interessi:

- ✓ della persona assistita;
- ✓ dell'Azienda che eroga l'assistenza;
- ✓ degli Operatori che agiscono in suo nome.

8. STRUTTURA DELLA CARTELLA CLINICA DOMICILIARE

La struttura della cartella clinica domiciliare risponde alle esigenze di registrazione di dati relativi a:

1. Attivazione dell'assistenza
2. Inquadramento iniziale della persona assistita
3. Pianificazione del processo di cura e di assistenza
4. Decorso dell'assistenza
1. Rivalutazione del percorso
5. Chiusura dell'assistenza
6. Documenti allegati

Dal punto di vista documentale questa suddivisione in fasi si tradurrà nei seguenti documenti:

- **CARTELLA MEDICA**

- a. Valutazione e Diario Medico Palliativista
- b. Valutazione e Diario Medico Neurologo (solo per pazienti SLA)
- c. Valutazione e Diario Medico Pneumologo (solo per pazienti SLA)
- d. Valutazione dei sintomi
- e. Consulenza specialistica
- f. Scheda di prescrizione terapeutica
- g. Scheda di prescrizione farmacologica anticipata
- h. Attestazione di prescrizione verbale e/o telefonica

- **CARTELLA INFERMIERISTICA**

- a. Valutazione dei rischi e dei sintomi
- b. Diario Parametri Vitali
- c. STANDARD N° 1: assistenza infermieristica per paziente con rischio di lesione correlato ad insufficiente conoscenza delle misure di sicurezza
- d. STANDARD N° 2: assistenza infermieristica per gestione inefficace del regime terapeutico del paziente e/o del caregiver
- e. STANDARD N° 3: assistenza infermieristica per paziente con rischio di compromissione dell'integrità cutanea
- f. STANDARD N° 4: assistenza infermieristica per paziente con compromissione dell'integrità cutanea (lesioni da decubito) e Diario di medicazione

- g. STANDARD N°5: assistenza infermieristica per paziente con alterazione dell'eliminazione intestinale che si manifesta con stipsi / diarrea
- h. DIARIO INFERMIERISTICO
- i. Valutazione stato Diagnosi infermieristica
- **CARTELLA FISIOTERAPISTA**
 - a. Valutazione e Diario Fisioterapista
- **CARTELLA LOGOPEDISTA**
 - a. Valutazione e Diario Logopedista
- **CARTELLA DIETISTA**
 - a. Valutazione e Diario Dietista
- **CARTELLA PSICOSOCIALE**
 - a. Valutazione e Diario Psicologico
 - b. Valutazione e Diario Assistente Sociale
 - c. Diario Operatore Socio Sanitario

- **REGISTRO DEGLI ACCESSI**

Gli interventi devono essere programmati su 5/6 giorni settimanali (dal lunedì al sabato), in funzione del PAI o PRI. Gli operatori coinvolti nel PAI o PRI, attraverso un processo di comunicazione e raccordo costante tra loro, dovranno aver cura di concordare la programmazione degli accessi domiciliari al fine di evitare la sovrapposizione di più figure professionali nello stesso giorno al domicilio del malato.

Le visite domiciliari infatti non possono essere eseguite congiuntamente salvo che il PAI non lo preveda, oppure che si renda necessario per determinati interventi clinico-assistenziali (trasfusioni, paracentesi, toracentesi, medicazioni particolarmente impegnative).

Ogni operatore registra inoltre il proprio intervento domiciliare su un apposito foglio di diario giornaliero, che viene firmato dall'ammalato o da un familiare di riferimento e depositato all'interno della cartella portadocumenti. Tale cartella, comprensiva di tutti i documenti ivi inseriti, deve essere opportunamente custodita ed eventualmente messa a disposizione nel caso di verifiche da parte della ASP.

Gli operatori infine raccolgono all'interno delle proprie cartelle sanitarie (specifiche per profilo professionale) le informazioni necessarie a rilevare il percorso assistenziale e terapeutico del malato, al fine di determinare le cure da somministrare.

L'operatore dovrà registrare la sua presenza in servizio tramite compilazione di un foglio firma controfirmato dal paziente o dal caregiver.

La consegna dei fogli firma da parte degli operatori in Centrale Operativa deve avvenire due volte al mese come da Regolamento degli operatori.

8.1 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

In genere è la stazione appaltante (ASP) che determina i requisiti del PAI dello specifico paziente stabilisce finalità specifiche, modalità e livello di intensità assistenziale necessario, definendo così i tempi, la frequenza degli accessi e l'attivazione delle figure professionali maggiormente indicate per la cura dello specifico caso.

Il PAI nasce come strumento flessibile, nella misura in cui le necessità del paziente, l'intensità, le stesse finalità della cura possono variare nel corso dell'assistenza, le variazioni possono essere proposte anche dall'Equipe multidisciplinare.

8.2 ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA SISIFO

E' compito del Personale sanitario che effettua il primo accesso a provvedere alla apertura della cartella clinica domiciliare avendo cura di trascrivere i dati identificativi della cartella stessa (anno di riferimento e numero progressivo) ed i dati anagrafici identificativi del paziente.

Il personale amministrativo della sede operativa durante l'assistenza ma soprattutto in fase di archiviazione della cartella provvede a collazionare tutta la documentazione prevista.

8.3 INQUADRAMENTO INIZIALE DELLA PERSONA ASSISTITA

Ha lo scopo di rilevare tutti gli elementi utili per fornire un'assistenza adeguata, nel momento più idoneo, soddisfacendo i bisogni iniziali della persona assistita. L'obiettivo finale è la definizione di un progetto individualizzato di assistenza.

A tal fine l'equipe dedicata all'assistenza provvederà ad effettuare le opportune registrazioni in cartella clinica, ognuno nell'apposita sezione.

8.3.1 ANAMNESI

L'anamnesi (familiare, prossima e remota) deve essere orientata all'identificazione dei problemi attivi ed inattivi in relazione con l'episodio attuale di malattia e deve permettere l'identificazione di altri aspetti (sociali e psicologici) utili all'inquadramento generale del paziente e alla definizione dei suoi bisogni complessivi.

L'anamnesi deve inoltre comprendere la valutazione dei sistemi/apparati correlati ai problemi del paziente per identificarne, in modo accurato, i segni e i sintomi. L'anamnesi raccolta in questi due modi complementari può essere **breve, estesa o completa** in base al dettaglio ritenuto necessario (storia di uno più problemi, inventario di uno o più sistemi/apparati).

In ogni caso l'anamnesi deve includere i seguenti elementi:

- a. Disturbo principale
- b. Storia della malattia attuale
- c. Anamnesi per sistemi/apparati
- d. Anamnesi remota, familiare e/o sociale

a. Disturbo principale

La descrizione del disturbo principale consiste in una sintesi clinica che descrive sintomo, problema, condizione, diagnosi, indicazioni del medico, o altri elementi che hanno portato il paziente all'attivazione dell'assistenza.

Raccomandazione:

La cartella clinica domiciliare deve chiaramente descrivere il disturbo principale.

b. Storia della malattia attuale

La storia della malattia attuale (anamnesi patologica recente) del paziente consiste in una descrizione cronologica del suo sviluppo sino allo stato attuale.

Dovrebbe fornire dei dettagli pertinenti rispetto alla ragione dell'avvio dell'assistenza.

I tipi di dettaglio includono:

- **Per i sintomi:** localizzazione, qualità, gravità, durata, tempi di manifestazione, contesto, fattori modificanti inclusi i farmaci, segni e sintomi associati, etc.
- **Per l'evoluzione dello stato di malattia:** ormai refrattaria a qualsiasi trattamento

c. Anamnesi per sistemi

Questo tipo di anamnesi consiste in un inventario dei sistemi corporei ottenuto attraverso una serie di domande per cercare di identificare segni e/o sintomi di cui il paziente soffre o di cui ha sofferto.

Raccomandazioni:

- *Un'anamnesi breve sui sistemi d'organo indaga sul/i sistema/i direttamente implicati nel problema o disturbo attuale. Per esempio: i) sistema GI per un problema di diarrea; ii) sist. Polmonare e cardiaco per un dolore toracico. Vi è una sovrapposizione con la storia della malattia attuale. Generalmente questa anamnesi breve prende in considerazione 1 o 2 sistemi.*
- *Un'anamnesi estesa dei sistemi include, oltre a quanto indicato nell'anamnesi breve, anche una valutazione di altri sistemi; generalmente un'anamnesi estesa prende in considerazione 3 - 8 sistemi includendo quello direttamente implicato nel problema o disturbo attuale.*
- *Un'anamnesi completa include una valutazione di 9 o più sistemi compreso quello direttamente implicato nel problema o disturbo attuale".*

Tutti gli elementi positivi trovati devono essere descritti; non è necessario documentare quelli negativi tranne quando possa essere utile per l'assistenza al paziente; è sufficiente una nota che indichi la negatività del sistema indagato; va documentato il nome di ogni sistema indagato.

8.3.3 ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo deve essere orientato alla valutazione clinica dei sistemi/ apparati correlati con le motivazioni dell'assistenza ed eventualmente esteso ad altri sistemi /apparati, qualora l'anamnesi o le indagini cliniche lo richiedano, in modo da identificare i problemi rilevanti.

L'esame obiettivo deve essere: **mirato** al problema, **esteso** ad altri aspetti correlati, **dettagliato** e **completo** in base a quanto ritenuto necessario tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente.

Si distinguono quattro tipi di esame obiettivo in base a quanto sotto definito:

- **focalizzato al problema:** un esame limitato all'area del corpo o al sistema implicato.
- **Focalizzato al problema, esteso:** un esame limitato all'area del corpo o al sistema implicato e ad altro/i sistema/i correlato/i o sintomatico/i.
- **Dettagliato:** un esame esteso all'area/e del corpo implicata/e e ad altro/i sistema/i correlati o sintomatici.

- **Completo:** un esame generale di più sistemi o un esame completo di un singolo sistema.

Raccomandazione:

per gli scopi relativi alla documentazione, l'esame obiettivo focalizzato al problema e quello esteso sono simili e sono indicati come esame obiettivo "breve".

8.4 PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO DI CURA ED ASSISTENZA

Sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevati in sede di anamnesi ed esame obiettivo vengono individuate le procedure diagnostiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitative appropriate. La valutazione clinica (anamnesi, esame obiettivo, inquadramento diagnostico clinico, ipotesi diagnostica e problemi attivi) deve essere ripetuta quando si modificano le condizioni della persona assistita e va ripetuta in caso di trasferimento interno ad altro Reparto.

Le decisioni in ordine alle procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali individuate vanno registrate sul "diario clinico" della cartella.

Il **paziente deve essere adeguatamente** informato sulle sue condizioni cliniche e sul piano di cura ed assistenza previsto; della *avvenuta informazione deve essere presente apposita registrazione sul diario clinico.*

8.3.2 Procedure terapeutiche ed assistenziali

Le terapie prescritte e le attività assistenziali da svolgere vanno registrate sul diario clinico.

8.4 DECORSO DELL'ASSISTENZA

La documentazione relativa al decorso dell'assistenza è organizzata nelle sezioni indicate di seguito.

8.4.1 Diario clinico

Il diario clinico ha l'obiettivo di verificare nei tempi appropriati per il singolo paziente la realizzazione e l'adeguatezza del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale. In particolare nel diario clinico devono essere segnalate:

- tutte le variazioni delle condizioni cliniche del paziente rispetto *all'inquadramento clinico iniziale o riferite ad un momento precedente all'avvio dell'assistenza;*
- le eventuali modifiche portate al programma di cura con la loro motivazione.

Ogni annotazione in diario clinico deve essere corredata dalla data e dall'ora in cui viene eseguita.

Le informazioni contenute nel diario clinico devono documentare in modo accurato, oltre al decorso del paziente, anche i risultati delle prestazioni erogate, e le decisioni terapeutiche prese in modo da permettere una valutazione d'insieme delle condizioni del paziente temporalmente corretta; per questo i fatti vanno riportati contestualmente al loro verificarsi.

E' indispensabile che *sia registrata almeno una valutazione per accesso previsto nel PAI o PRI.*

Nel diario di ciascun professionista coinvolto saranno indicate le azioni effettuate in occasione di ciascun accesso presso il domicilio del paziente. Il documento, controfirmato dal familiare di riferimento, certifica l'avvenuto intervento dell'operatore e viene utilizzato ai fini della rendicontazione all'ente convenzionante.

Una copia del diario verrà lasciata presso il domicilio del cliente per eventuali controlli da parte degli Enti convenzionanti ed affinché il successivo OS conosca le azioni svolte dai suoi colleghi, ed una verrà trasferita presso la Centrale Operativa ed inserita nella cartella del paziente a cura della Segreteria che provvederà anche ad aggiornare gli interventi effettuati dagli Operatori Sanitari componenti l'équipe sul Sistema Informatico Aziendale. Ogni professionista coinvolto nell'équipe multidisciplinare dovrà utilizzare un proprio Diario Clinico e registrare pedissequamente tutte le attività svolte a domicilio del paziente.

8.4.2 Piano terapeutico

Raccoglie i dati relativi alla terapia prescritta e all'avvenuta somministrazione:

- **Prescrizione terapia** - nome commerciale o principio attivo, formulazione, modalità di somministrazione, dose, frequenza e via di somministrazione, durata di somministrazione, durata della cura, identificazione del medico prescrivente. La registrazione va effettuata dal Medico di Reparto o, in caso di emergenze-urgenze, dal Medico di guardia sul foglio delle terapie indicando data e ora di inizio, orari di somministrazione, data e ora di cessazione della terapia.
- **Somministrazione terapia** - la registrazione dell'avvenuta somministrazione va effettuata dall'infermiere in turno apponendo la sigla in corrispondenza della data e dell'orario di prescrizione.
- **Mancata somministrazione:** sul foglio delle terapie vanno registrati dall'infermiere in turno i motivi della mancata somministrazione.
- **Eventi avversi:** sul registro infermieristico devono essere registrati, a cura del personale infermieristico, eventuali eventi avversi legati al trattamento farmacologico; di tali eventi il personale infermieristico deve immediatamente informare il Medico di Reparto o il Medico di guardia, avendo cura di registrare l'avvenuta informazione. Sarà cura del Medico registrare sul diario clinico l'evento ed i provvedimenti adottati.

8.4.3 Prescrizioni nutrizionali

Sul diario clinico il Medico deve registrare anche la prescrizione di eventuali diete speciali opportunamente condivisi con il paziente e con il familiare. Inoltre è previsto il coinvolgimento del Dietista che valuta i bisogni nutritivi del paziente e trascrive nel suo diario il decorso dell'assistenza.

8.4.4. Rilevazione parametri vitali

La rilevazione dei parametri vitali (temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, dolore, diuresi, frequenza respiratoria, ecc.), sulla base delle prescrizioni del Medico che ha in cura il paziente, va registrata a cura del Personale infermieristico sulla sezione della cartella a ciò adibita.

8.4.5 Referti

I referti relativi agli accertamenti diagnostici, suggeriti dal Medico che ha in cura il paziente vengono trascritti sulla cartella clinica.

8.4.6 Consulenze

Le consulenze vengono registrate nell'apposita sezione della cartella medica. Oltre a registrare sul diario clinico l'avvenuta richiesta, è opportuno tenere copia della scheda di richiesta nel dossier del paziente.

8.4.7 Consensi informati

Le modalità per l'acquisizione e la gestione dei consensi informati sono definite nella procedura PR.CIN.8.5 Acquisizione del consenso informato.

Vale qui la pena di ricordare che sul *diario clinico va registrata dal Medico informatore la data e l'ora dell'avvenuta informazione al paziente*, sulla base di quanto previsto dalla scheda informativa del singolo modulo di consenso.

8.4.8. Chiusura dell'assistenza

Le modalità di dimissione dall'ADI non differiscono sostanzialmente da quelle di altri tipi di assistenza sanitaria. Il paziente può terminare il percorso per completamento dell'iter terapeutico e miglioramento delle sue condizioni, per trasferimento ad altro setting assistenziale (per acuti o RSA) o per avvenuto decesso.

Una volta chiusa l'assistenza deve essere collazionata tutta la documentazione sanitaria prodotta e la cartella andrà archiviata previo controllo da parte della Segreteria della centrale operativa e della Direzione Sanitaria.

Il controllo andrà condotto tramite check list in cui saranno annotate eventuali criticità o informazioni mancanti e l'operatore che ha redatto la cartella verrà informato dell'aspetto carente.

8.5 LA CARTELLA INFERMIERISTICA

E' lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere.

La cartella infermieristica è in parte informatizzata ed in parte cartacea. L'utilizzo della cartella infermieristica consente:

- la definizione di diagnosi infermieristiche e di obiettivi comuni per l'équipe multidisciplinare;
- un ascolto costante ed un dialogo con la persona assistita;
- la tracciabilità degli interventi di educazione sanitaria
- una migliore integrazione con il personale medico e le altre professionalità coinvolte nella cura dei pazienti;
- la continuità dell'assistenza infermieristica nelle 24 ore (tramite pronta disponibilità e reperibilità) e la visione totale delle relative attività;
- una più agevole integrazione del personale in formazione;
- la conduzione di attività di ricerca infermieristica.

La cartella infermieristica informatizzata prevede le seguenti sezioni comuni:

- a) valutazione iniziale dei bisogni di assistenza infermieristica;
- b) valutazione del dolore;
- c) valutazione del rischio di caduta;
- d) pianificazione delle azioni infermieristiche e formulazione degli obiettivi;
- e) registrazione della somministrazione di terapie;

- f) registrazione dei parametri vitali e rivalutazione del dolore;
- g) diario infermieristico;
- h) valutazione dei risultati dell'assistenza infermieristica.

La cartella infermieristica è corredata, secondo le necessità di schede cartacee specifiche.

a) Valutazione iniziale dei bisogni di assistenza

L'analisi delle informazioni raccolte deve consentire di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, distinguendoli da quelli soddisfatti autonomamente dalla persona stessa, che devono comunque essere adeguatamente sorvegliati dall'infermiere.

b) Valutazione iniziale del dolore

E' finalizzata ad individuare, con il coinvolgimento del paziente, l'eventuale presenza e la gravità del dolore utilizzando una scala numerica da 1 a 10 al fine di consentire al personale medico di formulare le relative terapie antalgiche. La rivalutazione del dolore va eseguita quotidianamente, anche in assenza di dolore al momento della valutazione iniziale; va, inoltre eseguita secondo le indicazioni dell'anestesista nel decorso post-operatorio.

c) Valutazione iniziale del rischio di caduta

Viene effettuata utilizzando la scala di Conley, integrata con ulteriori elementi di valutazione relativi alle condizioni specifiche del paziente (vedi in proposito il protocollo di prevenzione *PR.CAD.8.5 Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti*).

E' registrata nell'apposita sezione della cartella infermieristica informatizzata e va ripetuta ogni qual volta le condizioni cliniche del paziente subiscano variazioni significative.

d) Pianificazione delle azioni infermieristiche e formulazione degli obiettivi

In relazione ai bisogni di assistenza identificati nelle fasi precedenti, l'infermiere deve pianificare le azioni corrispondenti a ciascuno di essi, ponendosi un obiettivo da raggiungere in termini di miglioramento e recupero delle condizioni della persona assistita. Il piano di assistenza deve essere registrato sulla cartella clinica domiciliare e ne verrà informato il paziente e il familiare.

Posto che alcune delle azioni saranno affidate al caregiver seguirà apposito intervento di informazione e di educazione del caregiver sulla efficace gestione

e) Somministrazione delle terapie

L'infermiere prende visione del piano delle terapie prescritto dal medico e procede alla verifica della completezza di ogni prescrizione relativamente a:

- nome del farmaco o del principio attivo;
- forma farmaceutica;
- concentrazione;
- via di somministrazione;
- posologia (dosi e orari di somministrazione)
- validazione della terapia.

In caso di prescrizione incompleta, l'infermiere deve contattare il medico prescrivente per gli opportuni chiarimenti che andranno trascritti sul diario infermieristico; in caso di comunicazioni verbali l'infermiere deve procedere alla compilazione del BLOCK

NOTES all'uopo creato per la registrazione in cartella delle prescrizione verbale sulla base di quanto determinato nel documento IO.FAR.01 Comunicazioni verbali.

Tutte le informazioni verbali scambiate nel processo di consegna vengono registrate sul supporto informatico come da procedura PR.COM.7.4-01 Comunicazione, partecipazione e consultazione.

Predisposto il carrello delle terapie, l'infermiere procederà alla loro somministrazione procedendo, di volta in volta, alla registrazione della avvenuta somministrazione sulla apposita sezione della cartella infermieristica informatizzata.

f) Rilevazione parametri vitali e del dolore

La rilevazione dei parametri vitali (temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, dolore, diuresi, frequenza respiratoria, ecc.) e del dolore, sulla base delle prescrizioni del Medico che ha in cura il paziente, va registrata a cura del Personale infermieristico sui relativi moduli della cartella infermieristica informatizzata.

g) Diario infermieristico

Analogamente a quanto previsto per i medici riguardo al diario clinico, gli infermieri devono registrare, in ordine cronologico, le osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona, attività specifiche legate all'iter diagnostico-terapeutico (preparazioni ad indagini diagnostiche, preparazione all'intervento, etc...) e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale. La registrazione va effettuata nell'apposita sezione della cartella infermieristica informatizzata.

h) Valutazione dei risultati dell'assistenza infermieristica

La valutazione prevede una analisi del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e della soddisfazione della persona assistita, con conseguente annotazione nel piano di assistenza di cui al punto d) e possibilità di revisione dello stesso. A conclusione del percorso assistenziale domiciliare, la valutazione finale consentirà, all'atto della conclusione, di fornire indicazioni al paziente o al caregiver per la gestione autonoma del paziente.

8.5.1 Valutazione finale

8.5.4 Chiusura della cartella clinica

Al momento della conclusione dell'iter di assistenza deve cessare la compilazione del diario clinico e di tutte le parti della cartella che registrano i fatti accaduti durante il percorso assistenziale del paziente. La chiusura della cartella clinica domiciliare è effettuata automaticamente con la sua stampa, nel più breve tempo possibile dopo la chiusura dell'assistenza, compatibilmente col tempo necessario per raccogliere eventuali documenti non ancora pervenuti al momento della conclusione.

Il responsabile della sede operativa, prima di consegnare la cartella clinica domiciliare alla Direzione Sanitaria per i prosegui amministrativi nei rapporti con la ASP e la sua successiva archiviazione, deve esaminarla, attestandone la completezza e regolarità.

8.6 Compilazione

La cartella clinica contiene tutti gli elementi per una piena valutazione dell'attività svolta durante l'esecuzione del PAI. Alla compilazione della cartella clinica concorrono coloro che hanno rapporti con il paziente, ciascuno per la parte propria competenza e funzione.

Una cartella clinica compilata correttamente raccoglie in ordine cronologico tutti i dati anagrafici, anamnestici, clinico-assistenziali, diagnostici e terapeutici, tutte le prescrizioni ed ogni altra notizia ritenuta rilevante per la salute del paziente. Ogni intervento diagnostico e terapeutico invasivo o rischioso è accompagnato da apposito “consenso informato” del paziente. Inoltre nella cartella clinica sono allegare/trascritte tutte le risposte degli accertamenti specialistici che sono stati effettuati durante l’esecuzione delle prestazioni.

8.7 Tutela della riservatezza

Gli elementi contenuti nella documentazione sanitaria, secondo legge sulla tutela della Privacy GDPR 676/2016 hanno qualificazione di dati personali sensibili e possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell’interessato ed in modo conforme alle prescrizioni del Garante per la protezione dei dati personali. La tutela della riservatezza dei dati del paziente, prima che un pur doveroso rispetto di precetti di legge, costituisce imperativo deontologico per ogni operatore sanitario.

Essa deve improntare ogni tratto dell’articolato percorso dei dati: dalla raccolta all’archiviazione.

Il momento dell’acquisizione di dati sensibili appare particolarmente delicato, richiedendo da parte degli operatori sanitari un’attenta valutazione anche del contesto fisico appropriato.

Il responsabile del servizio di cure domiciliari deve garantire dal momento della generazione, in cartella, del dato sensibile per tutta la lunga serie di passaggi fino all’archiviazione centrale, il rispetto della privacy. Infatti il divenire della cartella consta di:

- consultazioni e scritture di diversi professionisti;
- trasferimenti del documento da un luogo all’altro, sia per visione o comunicazione di dati tra operatori sia per riproduzioni o verifiche di ordine vario;
- deposito in diverse aree di lavoro prima dell’archiviazione centrale.

Quanto detto a proposito della cartella in toto vale altresì per i singoli documenti sanitari, siano essi cartacei oppure impressi su altro supporto fisico (lastre, dischi magnetici o ottici,...).

Una considerazione a parte va riservata alla pertinenza delle notizie raccolte in cartella poiché in essa non dovrebbero trovare posto elementi di scarso o nullo rilievo ai fini del trattamento del malato (es.: habitus omosessuale, senza correlazione alcuna con la patologia in corso di accertamento e/o cura).

8.8 Controlli interni

La chiusura della cartella deve avvenire al momento della conclusione del trattamento terapeutico/assistenziale.

Il sistema di controlli interni coinvolge il Direttore sanitario il cui compito è quello di verificare la corretta compilazione e tenuta della cartella clinica sotto ogni profilo; in particolare al momento della chiusura deve essere fatto un controllo accurato del suo contenuto. La Direzione Sanitaria effettua un controllo della completezza del contenuto minimo standard della cartella e delle informazioni essenziali (diagnosi, moduli di

consenso, firme dei medici, ecc.....) nonché dei requisiti di compilazione. Dopo tale controllo la cartella viene controfirmata dal Direttore Sanitario.

La Direzione Sanitaria, oltre ai succitati controlli di qualità, ne effettua altri legati all'appropriatezza delle prestazioni eseguite.

8.9 Documenti allegati

Questi documenti devono essere inseriti nel "dossier" durante l'assistenza, insieme con gli altri documenti cartacei citati ai punti precedenti:

- Referti di esami/accertamento diagnostici eseguiti prima dell'avvio dell'assistenza
- Copia di documentazione clinica di proprietà del paziente, utile ai fini dell'inquadramento diagnostico-terapeutico
- Documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati
- Documenti relativi alla programmazione della continuità delle cure.
- AUDIT interno della qualità della documentazione sanitaria
- Etc.

9. Archiviazione della cartella clinica

Il Direttore sanitario è responsabile della custodia della documentazione clinica, dal momento in cui l'assistenza viene attivata e sino a quando la si conclude, e riveste la qualifica di responsabile del trattamento dei dati personali sensibili.

La Cartella clinica domiciliare - intesa come elemento fisico, "corpo meccanico" in senso giuridico, quale documento finalizzato all'esercizio di un pubblico servizio - si configura *bene patrimoniale indisponibile e pertanto sottratta alla proprietà privata*.

Essa richiede conservazione temporalmente illimitata poiché rappresenta atto pubblico indispensabile a fornire certezza dei fatti in essa descritti, oltre a costituire una preziosa fonte documentale per le ricerche di carattere storico sanitario.

A fine assistenza la cartella clinica viene recuperata dall'ASP di riferimento.

Nel momento in cui l'assistenza termina la Direzione Sanitaria non ha più alcuna responsabilità in merito alla conservazione ed archiviazione della medesima.

9.1 Diritto di accesso: consultazione e rilascio di copia

La Cartella clinica domiciliare contenendo dati sanitari è soggetta alla tutela del segreto professionale e d'ufficio.

Il Direttore sanitario ha la responsabilità di vigilare sulla puntuale applicazione della disciplina di accesso alla documentazione sanitaria da parte degli aventi diritto e di rilascio di copie, estratti e di ogni altra certificazione sanitaria, desumibile dagli atti conservati, riguardante le persone assistite.

Hanno diritto alla consultazione ed al rilascio di copia della cartella in toto o in parte od al rilascio di estratti della stessa:

- la persona assistita, a cui la documentazione si riferisce - in via diretta, se maggiorenne e capace di intendere e volere; per il tramite degli esercenti la potestà o la tutela, se minorenni oppure di maggiore età ma incapace di intendere o volere.
- Persone diverse dall'interessato, dal medesimo delegate
- Dopo il decesso della persona a cui la documentazione si riferisce, sono legittimati all'accesso:
 - Gli eredi:

- il coniuge ed i figli;
- in loro mancanza, i genitori;
- in mancanza dei suddetti, i fratelli;
- in mancanza delle persone di cui ai precedenti punti, i parenti fino al 6° grado.

è da rispettarsi in ogni caso la volontà del defunto, qualora risulti espressa in forma scritta e certa.

- L'Autorità Giudiziaria o suoi delegati, che possono anche disporre l'acquisizione dell'originale.
- Enti che abbiano per fine statutario, normativamente previsto, la raccolta di dati personali sensibili per finalità epidemiologiche (es.: registri tumori, etc.).
- Pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, nell'espletamento delle loro funzioni per ragioni di ordine sanitario o amministrativo nel rispetto della normativa vigente. In questa categoria sono compresi i professionisti sanitari che dichiarino di avere in trattamento la persona a cui la documentazione sanitaria si riferisce nonché gli operatori preposti alle verifiche sulla correttezza dei ricoveri.
- Professionisti sanitari per documentati, rilevanti scopi clinici, di ricerca e didattica, di volta in volta vagliati dalla Direzione sanitaria.
- La Direzione sanitaria per scopi di verifica, ricerca e didattica.
- L'Azienda che detiene la documentazione, e c/o cui la stessa è stata generata, se convenuta in giudizio o altrimenti chiamata a rispondere per danni.

Qualora di una cartella sia stato disposto sequestro, si applicano le disposizioni dell'art. 258 CPP.

Art. 258 CPP: "L'autorità giudiziaria può far estrarre copia degli atti e dei documenti sequestrati, restituendo gli originali e, quando il sequestro di questi è mantenuto, può autorizzare la cancelleria o la segreteria a rilasciare gratuitamente copia autentica a coloro che li detenevano legittimamente.

I pubblici ufficiali possono rilasciare copie, estratti o certificati dei documenti loro restituiti dall'autorità giudiziaria in originale o in copia, ma devono fare menzione in tali copie, estratti o certificati, del sequestro esistente.

In ogni caso la persona o l'ufficio presso cui fu eseguito il sequestro ha diritto di avere copia del verbale dell'avvenuto sequestro.

Se il documento sequestrato fa parte di un volume o di un registro da cui non possa essere separato e l'autorità giudiziaria non ritiene di farne estrarre copia, l'intero volume o registro rimane in deposito giudiziario. Il pubblico ufficiale addetto, con l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria, rilascia agli interessati che li richiedono copie, estratti o certificati delle parti del volume o del registro non soggette al sequestro, facendo menzione del sequestro parziale nelle copie, negli estratti e nei certificati."

Il Presidente del Consorzio Sisifo
Avv. Giuseppe Piccolo

