




1. PREMESSA .....	3
2. SCOPO .....	3
3. RIFERIMENTI .....	3
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
5. LISTA DI DISTRIBUZIONE .....	3
6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	4
7. RESPONSABILITA' .....	4
8. DEFINIZIONE DI CARTELLA CLINICA.....	6
Caratteristiche dei documenti sanitari .....	7
9. FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA .....	8
f. assicurare la raccolta di evidenze circa la dimensione multidisciplinare e .....	9
g. costituire una fonte informativa per.....	9
10. STRUTTURA DELLA CARTELLA CLINICA DOMICILIARE .....	9
• CARTELLA MEDICA .....	9
• Un'anamnesi breve sistemi d'organo indaga sul/i sistema/i direttamente.....	12
9.1 ESAME OBIETTIVO.....	13
Raccomandazione: .....	13
9.2 Procedure terapeutiche ed assistenziali .....	13
9.3 Diario clinico.....	15
9.4 Prescrizioni nutrizionali.....	15
9.5 Rilevazione parametri vitali.....	15
9.6 Consensi informati .....	15
9.7 Chiusura dell'assistenza .....	16
9.8 La Cartella Infermieristica .....	16
9.9 Compilazione .....	17
9.10 Tutela della riservatezza.....	17
9.11 Controlli interni .....	18
9.12 Documenti allegati.....	18
11. Archiviazione della cartella clinica.....	18
12. INDICATORI DI MONITORAGGIO.....	20
13. ALLEGATI .....	20

REV.	REDATTA DA DS		VERIFICATA DA RQ		EMESSA DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	18.09.2017	//	18.09.2017	//	18.09.2017	//
01	13.02.2022	//	13.02.2022	//	13.02.2022	//
02	03/02/2023	//	07/02/2023	//	07/02/2023	//



PROCEDURA  
COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA DOMICILIARE

Codice documento:  
PR. GID.7.5  
Emesso 18.09.2017  
rev.03 del 09.05.2023

REV.	REDATTA DA DS		VERIFICATA DA RQ		EMESSA DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
03	09.05.2023		09.05.2023		09.05.2023	

## 1. PREMESSA

La cartella clinica nel servizio ADI vede il MMG/PLS come principale attore. Spetta al MMG/PLS richiedere l'attivazione del servizio ADI ed è compito della UVM distrettuale la redazione e definizione degli obiettivi del PAI. Il MMG/PLS farà le valutazioni in itinere e quella finale, a lui spettano le eventuali richieste di modifica e/o proroga del servizio e/o l'eventuale chiusura dello stesso che, può avvenire per il raggiungimento degli obiettivi o il per cambio del setting assistenziale. Resta al MMG/PLS predisporre le dimissioni del paziente dal servizio ADI. La cartella clinica domiciliare viene rinvenuta dai nostri operatori direttamente presso il domicilio del paziente. La cartella clinica domiciliare resta a casa del paziente ed è nella sua piena disponibilità oltre a quella del caregiver. Spetta all'operatore sanitario, dell'ente erogatore delle prestazioni individuate nel PAI, redigere esclusivamente le sue parti competenza. Alla dimissione dal servizio del paziente la cartella clinica viene ritirata dal MMG/PLS ed archiviata presso l'ASP.

## 2. 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.

## 3. 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

## 4. 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.

## 5. LISTA DI DISTRIBUZIONE

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

- Psicologi
- OSS

## 6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Le modalità di diffusione dei documenti emessi per il governo ed il controllo del sistema di gestione per la qualità sono definite nella procedura PR.GID.7.1 *Gestione delle informazioni documentate*.

Le modalità di comunicazione tra le diverse funzioni aziendali ed all'interno della stessa funzione, regolamentate da procedure ed istruzioni specifiche del Sistema di Gestione per la Qualità, sono definite all'interno delle procedure stesse.

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

## 7. RESPONSABILITA'

La Responsabilità della corretta attuazione dei contenuti di questa procedura appartiene al Direttore Tecnico di centrale.

Il direttore tecnico vigila sulla corretta gestione e compilazione della cartella clinica da parte di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.

Tale verifica la esegue tramite AUDIT COMPORTAMENTALI periodici utilizzando un'apposita scheda DR.GID.02 checklist\_AUDIT\_qualità documentazione sanitaria.

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.

Tutti coloro che compilano la cartella clinica cartacea devono essere identificati ed autenticati tramite credenziali di accesso in caso di gestione informatica della cartella clinica e tramite sottoscrizione in caso di cartella cartacea.

Si precisa che ogni operatore all'atto dell'avvio dell'attività deve depositare la sigla e/o la firma in centrale operativa nella Scheda specimen di firma.

Responsabilità	Attività
MMG / PLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura cartella clinica domiciliare</li> </ul>
Medici dediti all'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>anamnesi ed esame obiettivo</li> <li>piano di cura</li> <li>prescrizioni terapeutiche</li> <li>validazione delle terapie</li> <li>valutazioni e rivalutazioni del paziente</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricognizione e riconciliazione farmacologica</li> <li>Compilazione e sottoscrizione consensi informati</li> <li>Firma della cartella clinica</li> </ul>
Infermieri	<p><u>In fase di Primo accesso l'operatore dovrà verificare prima di recarsi dal paziente che lo stesso disponga già a domicilio della cartella clinica predisposta dall'ASP anche tramite triage telefonico.</u></p> <p>L'operatore domiciliare dovrà predisporre e consegnare al paziente il fascicolo sanitario cartaceo</p> <p>Registrazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>valutazioni iniziali</li> <li>diagnosi infermieristiche e pianificazione dell'assistenza</li> <li>somministrazioni terapie</li> <li>parametri vitali</li> <li>valutazione del dolore</li> <li>diario infermieristico</li> <li>firma cartella</li> </ul>
Dietisti Logopedisti Fisioterapisti Assistenti sociali Psicologi OSS	<p><u>In fase di Primo accesso l'operatore dovrà verificare prima di recarsi dal paziente che lo stesso disponga già a domicilio della cartella clinica predisposta dall'ASP anche tramite triage telefonico.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cartella specifica</li> <li>Diario</li> </ul>
Direzione Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validazione cartelle cliniche chiuse</li> <li>Archiviazione cartelle cliniche cartacee</li> </ul>

	Revisione procedura	Compilazione cartella	Archivio
Direttore Sanitario	R		R
Responsabile Qualità	C		
Direttore Tecnico		R	R
Coordinatori		R	R
Medici		R	R

	Revisione procedura	Compilazione cartella	Archivio
Fisioterapista		R	R
Infermieri		R	R

## 8. 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 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 infermieristico, 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 multi professionali 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 accesso.

In sintesi la cartella clinica è la raccolta organica e funzionale dell'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 dl dolore
- Referti di trattamenti diagnostici o terapeutici
- Documentazione dei professionisti sanitari non medici (schede di valutazione, schede di terapia,...)
- Diario medico
- Diario infermieristico

### **Caratteristiche dei documenti sanitari**

I documenti sanitari e le informazioni riportate in cartella clinica devono rispondere acriteri 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 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 assistita.

▪ **Completezza**

cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona

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
- Scheda per passaggio di consegne

## 9. 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
  - passaggio di consegna tra gli operatori impegnati nell'assistenza
- c. **facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali** nel processo diagnostico-terapeutico.
- d. Esplicitare in cartella tutti gli aspetti di valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico. In generale, i destinatari dell'ADI sono condizionali di non autosufficienza, affetti da patologie croniche, soggetti fragili 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.
- e. **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.

- f. 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 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.

- g. 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.
- h. 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.

## 10. 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
5. Rivalutazione del percorso
6. Chiusura dell'assistenza
7. Documenti allegati

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

- **CARTELLA MEDICA**
  - a. Valutazione e Diario Medico
  - b. Valutazione dei sintomi
  - c. Consulenza specialistica
  - d. Scheda di prescrizione terapeutica
  - e. Scheda di prescrizione farmacologica anticipata
  - f. 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

- **PASSAGGI DI CONSEGNA**

Il passaggio di consegne è un momento cruciale in tutti i contesti. Nonostante la maggior parte dei professionisti infermieri ritenga di dare le giuste informazioni e di non perdere alcuna informazione importante, la realtà mostra invece che non è sempre così.

SISIFO adotta il metodo SBAR che è lo strumento più utilizzato e conosciuto soprattutto nel passaggio delle consegne dall'ambito extraospedaliero all'ambito intraospedaliero e viceversa

L'acronimo SBAR sta per:

- S - situation, situazione: è la situazione clinica del paziente, l'inquadramento della situazione attuale
- B - background, anamnesi: è la storia clinica del paziente, che comprende anche le eventuali allergie ed interventi pregressi
- A - assessment, valutazione: è il "cosa è stato fatto fino ad ora" e cosa si sta facendo. Comprende anche parametri vitali e indagini diagnostiche in atto
- R - recommendation, raccomandazioni: è quello che andrà fatto a breve e come.

- **REGISTRO DEGLI ACCESSI**

Gli interventi devono essere programmati su in funzione del PAI.

Gli operatori coinvolti nel PAI, 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, impegnative etc.).

medicazioni

particolarmente

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.

#### **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 delle variazioni possono essere proposte anche dall'Equipe multidisciplinare.

##### **• ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA SISIFO**

E' compito del Personale sanitario che effettua il primo accesso a provvedere alla compilazione della cartella clinica domiciliare avendo cura di trascrivere i propri dati identificativi relativi alla propria anagrafe qualificata e recapito telefonico.

##### **• 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.

##### **• RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA**

Per ogni paziente il medico effettuerà una opportuna ricognizione ed in caso di prescrizione di farmaci anche una riconciliazione della terapia.

La Riconciliazione della terapia farmacologica si articola in due fasi:

- una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti, etici, Senza Obbligo di Prescrizione (SOP), Over the Counter (OTC), nonché gli omeopatici, gli integratori, i fitoterapici, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo
- una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare.

Le due fasi possono coincidere, se espletate dallo stesso medico prescrittore, che è tenuto

ad utilizzare l'apposita Scheda di riconciliazione della terapia farmacologica contenuta in cartella evidenziando le decisioni assunte in merito sulla Riconciliazione farmacologica. Il paziente e altri professionisti sanitari coinvolti nella gestione della terapia farmacologica devono poter disporre della scheda aggiornata in caso di accessi a ricoveri programmati. Un fattore importante per la sicurezza e qualità delle cure è rappresentato, infine, dalla comunicazione tra operatori sanitari e tra questi e il paziente durante tutto l'intero processo.

#### • 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 di cui ha sofferto.

- **Un'anamnesi breve sistemi d'organo indaga sull/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.

### 9.1 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.

#### 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”.*

### 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.*

### 9.2 Procedure terapeutiche ed assistenziali

	<p>PROCEDURA <b>COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA DOMICILIARE</b></p>	<p>Codice documento: PR. GID.7.5 Emesso 18.09.2017 rev.03 del 09.05.2023</p>
--	---	--

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

## DECORSO DELL'ASSISTENZA

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

### 9.3 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:

In 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 paziente per eventuali controlli da parte degli Enti convenzionanti ed affinché il successivo OS conosca le azioni svolte da i suoi colleghi.

Ogni professionista coinvolto nell'equipe multidisciplinare dovrà utilizzare un proprio Diario Clinico e registrare paziente. pedissequamente tutte le attività svolte a domicilio del paziente

### 9.4 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.

### 9.5 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.

### 9.6 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.

### 9.7 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.

E' compito del MMG eseguire la valutazione conclusiva a chiusura della cartella clinica mediante compilazione di una scheda riassuntiva, e successiva consegna al servizio cure domiciliari distrettuale.

### 9.8 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.

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.

#### a) Valutazione iniziale dei bisogni di assistenza

L'analisi delle informazioni raccolte deve consentire di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, distinguendoli quelli soddisfatti autonomamente dalla Persona stessa da quelli soddisfatti dall'Infermiere

#### b) 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 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

#### c) Somministrazione delle terapie

L'infermiere prende visione del piano delle terapie prescritto dalla 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.

d) 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.

e) 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.

f) 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.

### 9.9 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.

### 9.10 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 appropriato.

sanitari un'attenta valutazione anche del contesto fisico

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 per 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, 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).

#### 9.11 Controlli interni

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

Il sistema di controlli interni coinvolge il Direttore Tecnico il cui compito è quello di verificare la corretta compilazione e tenuta della cartella clinica sotto ogni profilo.

#### 9.12 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.

### 11. Archiviazione della cartella clinica

A fine assistenza la cartella clinica viene recuperata dall'ASP di riferimento. SISIFO in caso di assistenza in accreditamento non può disporre della gestione dell'archiviazione e del rilascio di copia.

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

Nel caso in cui invece l'assistenza è resa in libera professione il Direttore Tecnico è responsabile della custodia della documentazione clinica, dal momento in cui questa rientra dal domicilio del paziente, e riveste la qualifica di responsabile del trattamento dei dati personali sensibili.

La Direzione tecnica deve predisporre apposito archivio autonomo a cui affidare la conservazione della documentazione sanitaria.

Nel caso vi siano più cartelle cliniche riguardanti la stessa persona assistita, esse possono essere riunite in un unico raccoglitore con l'avvertenza di mantenere ben distinte ed identificabili le singole cartelle cliniche.

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA <b>COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA DOMICILIARE</b></p>	<p>Codice documento: PR. GID.7.5 Rev.00 Emesso 18.09.2017 Rev.01 del 13.02.2022</p>
--	---	---

L'archiviazione deve riguardare cartelle chiuse e, come tali non suscettibili di modifiche. Si applicano all'archiviazione delle Cartelle cliniche le norme in materia archivistica e quelle in tema di tutela della privacy.

La Cartella clinica - 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.

I supporti di dati su cui si basa la refertazione diagnostica (esempio: radiogrammi, immagini ecografiche, campioni istologici, filmati) ed i documenti generati da sistemi di monitoraggio di parametri biologici, al fine di consentire un'adeguata conservazione, possono essere conservati in archivi dedicati, anche separati dall'archivio in cui vengono conservate le cartelle cliniche, sempre sotto la responsabilità della Direzione tecnica e nel rispetto di tutte le norme valevoli per l'archivio delle cartelle, per almeno 5 anni per preparati citologici ed istologici od inclusioni in paraffina (ex art. 9 DPCM 10/2/1984) e per almeno 10 anni nei restanti casi, con l'eccezione dei resoconti radiologici e di medicina nucleare, da conservare illimitatamente (ex art. 4, 3<sup>a</sup> comma del DM 14.2.1997).

#### 10.1 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.

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

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA <b>COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA DOMICILIARE</b></p>	<p>Codice documento: PR. GID.7.5 Rev.00 Emesso 18.09.2017 Rev.01 del 13.02.2022</p>
--	---	---

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."*

## 12. INDICATORI DI MONITORAGGIO

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' RILEVAZIONE
Gestione cartella clinica	Rapporto tra n. di audit di valutazione della completezza e appropriatezza della cartella clinica pianificati sul numero di quelli effettuati	100%	Annuale
	N. di NC emersi durante gli audit documentali	≤ 10	Rilevazione semestrale

## 13. ALLEGATI

- DR.GID.02 checklist\_AUDIT\_qualità documentazione sanitaria\_rev\_01a