



## **REGOLAMENTO**

- **STRUTTURA DELLA CARTELLA CLINICA**
  
- **MODALITA' DI COMPILAZIONE , TENUTA, CONSERVAZIONE E RILASCIO DELLE CARTELLE CLINICHE, REFERTI ED ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

## PREMESSA

### **ART.1 OGGETTO**

Il presente regolamento disciplina il modo di compilazione della cartella clinica; le operazioni di registrazione dei ricoverati, pazienti ecc.; i casi e le modalità di tenuta, conservazione e rilascio delle cartelle cliniche, dei referti clinici ed altra documentazione sanitaria. Tutto ciò in conformità a quanto previsto dalle norme di settore e nel rispetto della normativa vigente in materia di segreto d'ufficio e professionale, nonché di tutela dell'utenza rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al d.lgs.196/2003 e di semplificazione dell'azione e dell'attività amministrativa.

#### **Le finalità del Regolamento sono le seguenti:**

1. struttura, funzione , compilazione della cartella clinica e trascrizione dei dati dei ricoverati e pazienti.
2. disciplina sulla gestione delle richieste e consegna agli utenti della documentazione sanitaria, in particolare della richiesta di consegna e ritiro dei referti e delle copie di questi; di copie (parziali o integrali) delle cartelle cliniche e relativo tariffario.

#### **Il presente Regolamento si compone di due parti:**

1. struttura della cartella clinica, modalità di compilazione e trascrizione dei dati amministrativi e sanitari dei pazienti.
2. modalità di tenuta, conservazione e rilascio:
  - a) dei referti diagnostici e di copie degli stessi;
  - b) di copie (parziali o integrali) della documentazione sanitaria.

#### **Sono considerati documenti sanitari e sono oggetto della disciplina del presente regolamento i seguenti documenti:**

1. cartelle cliniche;
2. schede di accettazione/dimissione ospedaliera;
3. lastre radiologiche;
4. referti diagnostici ed analitici e copie;
5. verbali relativi a prestazione di Pronto Soccorso;
6. certificazioni sanitarie riguardanti pazienti assistiti in ospedale;
7. registri operatori e registri nosologici di reparto;
8. certificazioni relative a pazienti trattati in sede ambulatoriale;
9. esiti degli accertamenti di carattere sanitario compiuti dagli organi ispettivi del servizio di igiene pubblica, ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro;
10. ogni altro tipo di documentazione che contenga riferimenti o anamnesi, referti, diagnosi, lesioni, patologie o qualsiasi altro elemento idoneo a rilevare lo stato di salute di un individuo.

## **ART. 2 CARTELLA CLINICA** (DEFINIZIONE)

**La Cartella Clinica**, della cui regolarità risponde il Responsabile del reparto e/o dell'unità operativa (anche nella qualità di incaricato del trattamento) che ha in carico il paziente, è **la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero, quali ad esempio:**

- **identificazione della struttura di ricovero;**
- **generalità della persona assistita;**
- **caratteristiche del ricovero;**
- **anamnesi;**
- **esame obiettivo;**
- **referti di trattamenti diagnostici o terapeutici;**
- **diagnosi e terapia;**
- **verbale operatorio;**
- **diario della degenza;**
- **lettera di dimissione e scheda di dimissione ospedaliera;**
- **documentazione dei professionisti sanitari non medici;**
- **documentazione relativa alla informativa di cui al rischio clinico e consenso al trattamento di cui al d.lgs.196/2003.**

## **ART. 3 CARTELLA CLINICA** (FUNZIONI)

**La funzione fondamentale della Cartella Clinica consiste nella raccolta delle informazioni , attinenti alle** singole persone ricoverate, **finalizzata alla presa di decisioni** per la soluzione dei relativi problemi di salute.

I dati riportati nella Cartella Clinica soddisfano anche esigenze epidemiologiche, di ricerca scientifica, amministrative, gestionali e medico-legali.

Le funzioni che essa può assolvere sono:

- **fornire una base informativa** per scelte assistenziali razionali e per garantire continuità assistenziale, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico realizzato nel corso della degenza ed i risultati conseguiti;
- **consentire la tracciabilità**, per le diverse attività svolte, di:
  - ⌘ responsabilità delle azioni;
  - ⌘ cronologia delle stesse;
  - ⌘ modalità della loro esecuzione.
- **facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali** nel processo diagnostico-terapeutico;
- **costituire una fonte informativa** per
  - ⌘ ricerche clinico-scientifiche,
  - ⌘ per 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** nonché la tutela di legittimi interessi:
  - della persona assistita;
  - dell'Azienda che eroga l'assistenza;
  - degli operatori che agiscono in suo nome.

**PARTE PRIMA**  
**STRUTTURA DELLA CARTELLA CLINICA**  
**modalità di compilazione e trascrizione dei dati amministrativi e sanitari dei pazienti**

## **ART. 4 STRUTTURA DELLA CARTELLA CLINICA**

**Ogni Cartella clinica deve essere identificata dall'anno di apertura del ricovero e da un numero** progressivo (codice nosologico) La struttura della cartella clinica e della cartella infermieristica è sintetizzata nella tabella 1.allegata Ogni cartella clinica è composta da diverse parti, che devono essere chiaramente e facilmente individuabili. I documenti e le **informazioni riportate in Cartella clinica** devono rispondere a criteri di:

- rintracciabilità
- chiarezza
- accuratezza
- veridicità
- pertinenza
- completezza

### **A. APERTURA DEL RICOVERO** **(ammissione della persona assistita)**

#### **A.1 - Dati amministrativi**

##### 1. DATI DI IDENTIFICAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

La Cartella clinica va identificata con riferimento alla normativa nazionale e regionale con

- la denominazione dell'ospedale di ricovero;
- il codice dell'ospedale;
- il codice dell'unità operativa di ammissione;
- il codice della Cartella clinica, composto da: anno seguita dal numero progressivo della pratica (in cui viene aperto il ricovero)

##### 2. DATI DI IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

Sono i dati utili per la compilazione del tracciato del record regionale per la rilevazione della scheda di dimissione ospedaliera. Sono riportati nell'allegato 1, come esempio, i campi costituenti il tracciato record della SDO.

Si consiglia, se possibile, di allegare in cartella fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

##### 3. DATI AMMINISTRATIVI DI APERTURA RICOVERO

Per questi dati valgono le considerazioni fatte al punto precedente.

E' buona norma trascrivere in Cartella clinica, se disponibile, il nominativo ed il recapito del medico di fiducia e, se indicato dalla persona assistita, il nominativo ed i recapiti di eventuali persone referenti.

##### 4. INFORMATIVA E CONSENSO

#### **A.2 - Inquadramento iniziale della persona assistita**

Si propone di rilevare tutti gli elementi utili per fornire un'assistenza adeguata, nel momento più idoneo, soddisfacendo i bisogni iniziali della persona assistita e quelli che si manifestano come risposta alle procedure diagnostiche ed agli interventi terapeutici intrapresi. L'obiettivo finale è la definizione di un progetto individualizzato volto a risolvere i problemi (diagnostici, terapeutici ed assistenziali).

##### 1. DOCUMENTO DI PROPOSTA DI RICOVERO/VERBALE DI ACCETTAZIONE

Nel ricovero a carico del SSN il documento originale di proposta-prescrizione di ricovero, redatto sulla modulistica prevista dalla normativa vigente, è **parte integrante** della Cartella clinica in quanto costituisce l'inizio dell'episodio di ricovero.

La proposta di ricovero può essere redatta, da

- medico di medicina di generale o pediatra di libera scelta (su modulo SSN)
- medico specialista convenzionato (su modulo SSN)
- medico ospedaliero in attività ambulatoriale (su modulo SSN)
- medico di struttura protetta (su modulo SSN)
- medico ospedaliero del dipartimento di emergenza -accettazione o pronto soccorso (modulistica propria: verbale di accettazione o di pronto soccorso)
- medico di continuità assistenziale (guardia medica) o di 118 (su modulo regionale)

La proposta di ricovero ordinario, compilata dal medico di medicina generale o medico pediatra di libera scelta, quando

presente, deve essere accompagnata dalla scheda di accesso in ospedale che riporta i dati significativi relativi alla persona assistita, estratti dalla documentazione sanitaria precedente.

Altre modalità di accesso (Trattamento sanitario obbligatorio, Interruzione volontaria di gravidanza, ecc.) avvengono come previsto dalle specifiche normative.

Per quanto concerne, infine, il trasferimento di paziente tra strutture ospedaliere è buona norma che il paziente stesso sia presentato alla struttura accettante con una relazione che descriva le condizioni cliniche salienti ed espliciti i motivi che hanno portato al trasferimento in atto

## 2. INQUADRAMENTO CLINICO MOTIVAZIONE DEL RICOVERO

La motivazione del ricovero identifica in modo chiaro e dettagliato i problemi attuali del paziente (diagnostici, terapeutici, assistenziali) in modo da orientare le fasi successive dell'inquadramento clinico. Deve contenere la descrizione del disturbo principale consistente in una sintesi clinica che riporti sintomi, condizioni, diagnosi (o sospetto diagnostico), indicazioni del medico o altri elementi che hanno determinato il ricorso al ricovero.

### *ANAMNESI*

L'anamnesi (famigliare, 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)

### *ESAME OBIETTIVO*

L'esame obiettivo deve essere orientato alla valutazione clinica dei sistemi/ apparati correlati con le motivazioni del ricovero 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 può 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.

### *IPOTESI DIAGNOSTICHE ED ELENCO DEI PROBLEMI ATTIVI*

Sulla base dell'inquadramento clinico (anamnesi ed esame obiettivo orientati dalla motivazione del ricovero) vengono formulate e riportate le ipotesi diagnostiche e/o un elenco dei problemi attivi (per taluni pazienti la motivazione del ricovero è prevalentemente diagnostica, per altri i problemi terapeutici o assistenziali sono prioritari, mentre gli aspetti diagnostici possono essere irrilevanti).

### *PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO DI CURA*

Sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevati 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 ad ogni trasferimento interno** in ospedale.

## **B. PROCESSO DI CURA**

### **B.1 Pianificazione del processo di cura e di assistenza**

Un quadro sinottico diagnostico-terapeutico può costituire un utile documento per la registrazione dei dati clinici relativi a:

#### 1. PROCEDURE DIAGNOSTICHE

Medico prescrittore

Tipo di esame prescritto

Data di richiesta esame

Data/ora di prenotazione

Data di esecuzione

Data di arrivo dei referti in Unità operativa

#### 2. PROCEDURE TERAPEUTICHE E ASSISTENZIALI

Medico prescrittore

Data prescrizione

Procedura terapeutica/assistenziale

Data/ora esecuzione

Note

### 3. PROCEDURE RIABILITATIVE

Medico prescrittore

Data prescrizione

Procedura riabilitativa

Data/ora esecuzione

Note

## **B.2 Decorso del ricovero**

La documentazione relativa al decorso del ricovero viene organizzata nelle sezioni indicate di seguito.

E' inoltre opportuno sottolineare che il trasferimento della persona assistita da un'Unità Operativa ad un'altra della stessa struttura di ricovero e cura, senza modifiche del regime di degenza e della tipologia del ricovero (acuto, riabilitativo, di lungodegenza), non comporta la chiusura della cartella clinica già aperta, ma l'aggiunta alla stessa degli eventuali moduli specifici per l'Unità Operativa che accoglie il paziente.

### 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 del ricovero;**

**– le eventuali modifiche portate al programma di cura con la loro motivazione.**

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 visione d'insieme del paziente, temporalmente corretta; per questo i fatti vanno riportati contestualmente al loro verificarsi.

Il compilatore deve essere sempre identificabile .

In caso di trasferimento interno deve esser riportata l'epicrisi, che descrive i problemi affrontati nel processo di cura con gli eventuali problemi ancora aperti, per consentire alla U.O. Accettante l'identificazione dei problemi di salute della persona ricoverata.

E' raccomandabile che nei reparti per acuti vi sia almeno una valutazione per giorno di degenza.

### 2. FOGLIO UNICO DI TERAPIA FARMACOLOGICA

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

**Descrizione terapia** - nome commerciale o meglio principio attivo, formulazione, modalità di somministrazione, dose, frequenza e via di somministrazione, durata di somministrazione, durata della cura, medico prescrittore.

**Esecuzione terapia** - data e ora di inizio, orari di somministrazione, data e ora di cessazione della terapia, identificazione di chi somministra la terapia.

**Mancata somministrazione:** giustificazione/motivi della non avvenuta somministrazione

**Eventi avversi:** segnalazione degli eventi avversi legati al trattamento farmacologico.

### 3. PRESCRIZIONI NUTRIZIONALI

La sezione raccoglie i dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione: tipo, formulazione, apporto calorico, modalità di somministrazione, durata. prescrittore /esecutore

### 4. RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI ("GRAFICA")

In questa sezione sono riportati i dati relativi all'andamento dei parametri vitali e di altre condizioni associate alla persona assistita (per esempio: temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, dolore, diuresi, frequenza respiratoria, ecc.).

### 5. REFERTI/CONSULENZE

Questa sezione raccoglie, in ordine cronologico, i referti in originale, ordinati per tipologia di esame.

Sul referto va riportata la data e l'identificazione del medico che ha stilato il referto.

Le richieste di esami o consulenze dovrebbero essere formulate mediante una scheda di richiesta compilata in modo chiaro e leggibile. La scheda di richiesta contiene i dati essenziali relativi a

- identificazione del paziente (cognome, nome, sesso; data e luogo di nascita);
- identificazione del reparto (U.O. richiedente);
- identificazione di eventuale campione biologico;
- dati clinici, strumentali e di laboratorio relativi al paziente;

- tipo di esame/consulenza richiesta;
- quesito diagnostico o motivazione dell'esame;
- data e ora di richiesta dell'esame/consulenza;
- stato del paziente (collaborante, allettato, a piedi, in carrozzina, in reparto);
- modalità di erogazione richiesta (urgente o in elezione);
- identificazione del richiedente (cognome e nome del medico o dell'operatore e relativa firma);

Non è necessario tenere copia della scheda di richiesta nella cartella clinica, tuttavia verrà registrata nel quadro sinottico diagnostico-terapeutico l'avvenuta richiesta.

L'U.O. che eroga l'esame o la consulenza stabilisce modalità e durata di conservazione nell'archivio di reparto della scheda di richiesta.

Il referto va formulato riportando in maniera veridica, chiara e completa tutti gli elementi utili a risolvere il quesito diagnostico ed eventuali ulteriori elementi rilevanti ai fini diagnostici e terapeutici. Il referto dovrebbe riportare:

- unità operativa erogante;
- identificazione del paziente (cognome, nome, sesso; data e luogo di nascita);
- U.O. richiedente (cognome e nome del medico richiedente);
- identificazione del caso:
  - numero di registrazione della U.O.
  - data e sede di eventuale prelievo;
  - natura di eventuale materiale biologico;
- eventuale quesito diagnostico o motivazione;
- tipo di esame eseguito;
- modalità di esecuzione o eventuale somministrazione di farmaci/mezzi di contrasto;
- formulazione dell'esito/parere;
- conclusioni diagnostiche ed eventuali commenti o suggerimenti;
- grado di affidabilità dell'esame (accuratezza della metodica e/o limitazioni tecniche riferite al caso specifico);
- data di richiesta dell'esame/consulenza (ora, in caso di urgenza);
- data di esecuzione dell'esame/consulenza (ora, in caso di urgenza);
- data di refertazione dell'esame/consulenza (ora, in caso di urgenza );
- rintracciabilità degli operatori che hanno collaborato all'esame;
- firma o atto di validazione dell'esame/consulenza.

## 6. VERBALE OPERATORIO

In aderenza a quanto disposto dal Ministero della Sanità con nota prot. 900.2/2.7/190 del 14/3/1996-, "il registro operatorio, ossia il verbale di ogni intervento, costituisce parte integrante e rilevante della cartella clinica, nella quale dovrà sempre essere compresa una copia di tale verbale qualunque siano le modalità della sua tenuta".

**Il Consiglio Superiore di Sanità ha ritenuto che "i requisiti sostanziali siano essenzialmente: la veridicità, la completezza e la chiarezza."**

Per quanto riguarda la veridicità, appare utile l'adozione di opportuni accorgimenti nel caso in cui si debba procedere a correzioni di errori materiali (se l'errore è commesso all'atto della stesura, è possibile coprire con un tratto di penna la parola che si intende eliminare, che deve comunque restare leggibile; se si vuole procedere nella correzione in epoca successiva è necessario porre un'annotazione che dia esplicitamente atto del pregresso errore).

I requisiti formali, oltre ai fondamentali elementi identificativi del paziente, sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- indicazione della data, dell'ora di inizio, dell'ora di fine dell'atto operatorio;
- indicazione del nome del primo operatore e di quanti hanno partecipato direttamente all'intervento;
- diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'hanno condotta;
- descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata;
- sottoscrizione da parte del primo operatore.

Fatta salva la presenza in cartella clinica della copia del verbale operatorio, le modalità pratiche della tenuta del registro operatorio debbono dipendere dalle Direzioni sanitarie delle singole istituzioni ospedaliere che dovranno scegliere tra le possibili modalità quelle che garantiscano la massima tutela nei riguardi delle eventuali manomissioni.

Il Dirigente dell'unità operativa è direttamente responsabile della corretta compilazione, della tenuta e della conservazione del registro operatorio.

In aggiunta agli elementi contenutistici sopra richiamati, appare opportuno che il verbale operatorio in analogia al contenuto di ogni altra refertazione rechi altresì i seguenti dati:

- numero del verbale;
- numero identificativo del ricovero del paziente;
- codice dell'Unità operativa chirurgica;
- codice dell'Unità operativa di ricovero del paziente;
- codifica delle procedure eseguite, in funzione della compilazione della SDO.

Qualora vi sia partecipazione all'intervento di una pluralità di équipes chirurgiche appare indispensabile ed opportuno, per individuare eventuali responsabilità, annotare in verbale operatorio ogni partecipazione di professionisti di U.O. diversa da quella che ha in carico chirurgico il paziente.

La logica che dovrebbe improntare tale rilevazione è:

- se l'intervento della équipe B (o di un solo componente di una UO diversa da quella che ha in carico chirurgico il paziente) a supporto dell'équipe A (nell'ipotesi che sia A ad avere il carico chirurgico e che quindi il verbale sia stilato da A), costituisce un inciso rispetto alla complessiva gestione operatoria di un paziente. (nel senso che inizia A, prosegue per un certo tratto B e riprende poi A);
- **unico verbale operatorio, a carico di A**, con menzione dell'operato a titolo esclusivo di B -vale a dire in piena autonomia rispetto ad A, che pertanto non può rispondere di quegli atti, precisando la durata dell'intervento di B e le generalità degli operatori intervenuti (non solo medici ma anche infermieri, se diversi da oppure ulteriori rispetto a quelli della conduzione operatoria di A);
- se l'intervento della équipe B (o di un solo componente di una UO diversa da quella che ha in carico chirurgico il paziente) a supporto dell'équipe A si concretizza in partecipazione congiunta alla équipe A, per tutto o parte del corso operatorio: **unico verbale operatorio, a carico di A**, con menzione della partecipazione di B, precisando la durata della collaborazione di B e le generalità degli operatori intervenuti (non solo medici ma anche infermieri, se diversi da oppure ulteriori rispetto a quelli della conduzione operatoria di A);
- se l'intervento della équipe B è successivo a quello dell'équipe A, -la cui operatività è da ritenersi ultimata: **distinti verbali operatori, a carico di A**, per la parte di competenza, e **di B**, per quella propria.

Le fattispecie di cui sopra si intendono vevole anche in caso di intervenienza di più équipes, sia nella veste di coattori sia di agenti in successione.

## 7. DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA

In questa sezione devono essere raccolti i documenti clinici seguenti:

- valutazione pre-operatoria e pre-anestesia
- scheda anestesiologicala
- valutazione postoperatoria

La valutazione pre-operatoria dovrebbe essere condotta tenendo conto dei seguenti elementi

- l'anamnesi familiare e personale deve essere mirata ad evidenziare un eventuale rischio di complicanze anestesiologicalhe
- l'anamnesi patologica deve indagare principalmente (ma non esclusivamente) i sistemi cardiovascolare, respiratorio e neurologico ed identificare eventuali problemi ematologicocoagulativi e/o endocrino-metabolici
- l'esame obiettivo deve essere mirato in particolare ai sistemi cardiovascolare e respiratorio ed eventualmente esteso a organi/sistemi correlati, se la situazione clinica del paziente lo richiada
- l'esame obiettivo deve prevedere l'uso di indici predittivi della difficoltà di intubazione
- il paziente deve essere assegnato ad una classe di rischio operatorio utilizzando un sistema di classificazione quale può essere l'ASA.

La scheda anestesiologicala dovrebbe contenere oltre agli estremi identificativi dell'UO erogante, del paziente, dell'atto chirurgico, del medico esecutore e di eventuali collaboratori i dati di seguito indicati:

- il tipo di anestesia utilizzato e le eventuali modificazioni rese necessarie
- il tipo di supporto respiratorio, i parametri utilizzati e la segnalazione di eventuali modifiche successive
- la registrazione delle procedure invasive
- la puntuale registrazione dei parametri vitali monitorati, dalla fase di pre-induzione alla fase di risveglio, fino all'uscita del paziente dal blocco operatorio;
- l'indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione di tutti i farmaci utilizzati
- la segnalazione di eventuali complicanze

La valutazione postoperatoria dovrebbe indicare

- le condizioni respiratorie, cardiocircolatorie e neurologiche del paziente
- il tipo di sorveglianza necessaria
- la segnalazione degli accessi vascolari e di altri mezzi invasivi presenti e il loro stato
- le terapie in corso e quelle programmate
- gli esami di controllo necessari

- ora della dimissione (termine della prestazione e trasferimento al reparto di degenza).

Le indicazioni di questa sezione sono tratte dalle linee guida della Società Italiana di Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva SIARTI ([www.siarti.it](http://www.siarti.it)).

## 8. INFORMATIVE E DICHIARAZIONI DI VOLONTA' DELL'ASSISTITO

In questa sezione sono raccolte tutte le informative sulle prestazioni sanitarie e le correlate espressioni di assenso/dissenso dell'assistito (inclusa la decisione di autodimissione contro parere sanitario e l'opposizione a dimissione disposta dal medico).

Il degente può, altresì, manifestare per iscritto altre sue determinazioni (es.: indicazione delle persone a cui possono essere fornite informazioni sanitarie sul proprio conto, ecc.) da conservare ugualmente in questa sezione.

All'interno della stessa cartella clinica deve essere inserito:

-il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini di cui al precedente art.3, 1cpv. e l'informativa del diritto dell'interessato (scheda allegata artt.13 e 7 del d.lgs. 196/2003) .

## **C. CHIUSURA DEL RICOVERO (dimissione della persona assistita)**

La dimissione della persona assistita comporta la compilazione della valutazione finale e della lettera di dimissione.

### 1. VALUTAZIONE FINALE

Comprende l'epicrisi, che descrive i problemi affrontati nel processo di cura con gli eventuali problemi ancora aperti, la diagnosi e lo stato della persona assistita alla dimissione.

### 2. LETTERA DI DIMISSIONE

La lettera di dimissione è redatta, su carta intestata dell'Unità Operativa di dimissione, dal medico responsabile del caso di ricovero e consegnata in busta chiusa alla persona assistita, o suo rappresentante, al momento della dimissione, mentre copia deve essere conservata in cartella clinica.

Il testo deve fornire, al medico di medicina di medicina generale o pediatra di libera scelta o medico di fiducia della persona assistita, tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico-terapeutico e le modificazioni del quadro clinico dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Deve inoltre contenere indicazioni sul proseguimento delle terapie, sulle modalità di esecuzione degli esami e/o visite di controllo e di altre attività connesse con il ricovero, nonché sull'erogazione di servizi socio-sanitari indispensabili.

**Il dettaglio delle informazioni inerenti il ricovero ed il post-ricovero** da riportare nella lettera può variare in base alla tipologia del quadro clinico della persona assistita.

Per quanto concerne le indicazioni per il post-ricovero, sono da riportate tutte le indicazioni necessarie al medico di medicina generale e alla persona assistita per il proseguimento delle cure e dei controlli.

In particolare è consigliato indicare

- controlli prevedibili, modalità di esecuzione e di organizzazione
- rientri per proseguimento delle cure
- terapie mediche da eseguirsi a domicilio, accompagnandole con eventuale prescrizione diretta nel caso in cui la persona assistita sia impossibilitata a contattare in giornata il proprio medico di medicina di medicina generale o pediatra di libera scelta o medico di fiducia
- stile di vita e/o dieta da seguire
- presenza di particolari condizioni ed indicazione per la loro gestione, come: catetere venoso centrale, gastroenterostomia percutanea, nutrizione artificiale, pompe infusionali e cateteri peridurali respiratori a pressione, catetere vescicale (precisando la data dell'ultima sostituzione)
- presenza di lesioni da decubito, di stomie e di fistole, specificando i trattamenti svolti e che devono essere proseguiti a domicilio
- necessità di assistenza infermieristica domiciliare
- avvenuta prescrizione (modello 03) di presidi, nonché se del caso, certificazione per esenzione ticket per patologia e certificazione ad uso invalidità civile

Nel caso di **trasferimento ad altra struttura** ospedaliera e nelle more dell'invio della documentazione clinica, la lettera di dimissione deve fornire al medico ospedaliero della struttura di destinazione indicazioni sulle ragioni dell'ospedalizzazione, sul processo di diagnosi e cura attuato, sui risultati significativi evidenziati, sulle condizioni della persona assistita alla dimissione, sulle terapie in corso.

### 3. SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

Deve essere sempre presente in Cartella clinica. Va compilata nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

La struttura ospedaliera deve attivare le procedure di controllo necessarie a garantire la veridicità formale e materiale dei dati in essa riportati.

La compilazione della parte relativa alla diagnosi e agli interventi deve essere effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita.

#### **4. CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA**

Al momento della dimissione del paziente deve cessare la compilazione del diario clinico medico e di tutte le parti della cartella che registrano i fatti accaduti durante il ricovero della persona assistita.

La chiusura della cartella clinica è effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita, compatibilmente col tempo necessario per raccogliere i referti di esami effettuati nel corso del ricovero, ma non ancora pervenuti al momento della dimissione, e per la compilazione della SDO.

La chiusura comporta anche l'ordinamento cronologico per tipo di documentazione delle parti costituenti la cartella clinica.

Il responsabile dell'Unità Operativa, prima di consegnare la cartella clinica alla Direzione Sanitaria per la sua archiviazione, deve esaminarla, apporre il timbro dell'unità operativa con il proprio nome e cognome e firmarla, attestandone la completezza.

L'eventuale documentazione sanitaria pervenuta successivamente alla chiusura della cartella clinica, dopo la presa visione da parte del medico responsabile delle cure, è trasmessa in archivio ed allegata alla cartella clinica.

### **D. DOCUMENTI ALLEGATI**

Questi documenti devono essere inseriti in Cartella clinica nel caso in cui sono effettuate le relative prestazioni.

1. ESAMI ESEGUITI IN PRE-RICOVERO
2. DOCUMENTI RELATIVI A PRELIEVO DI ORGANI E TRAPIANTI
3. DOCUMENTI RELATIVI A IMPIANTI DI PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI
4. DOCUMENTI RELATIVI A TRASFUSIONI DI SANGUE, EMODERIVATI, PLASMA E PLASMADERIVATI
5. DOCUMENTI RELATIVI ALLA PROGRAMMAZIONE DELLA CONTINUITA' DELLE CURE.
6. RISULTATO DI EVENTUALE RISCONTRO AUTOPTICO
7. COPIA DI DOCUMENTAZIONE PERSONALE DEL PAZIENTE

### **E. DOCUMENTAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI**

Gli altri professionisti sanitari che partecipano al processo assistenziale del degente devono pianificare e documentare le loro attività secondo i criteri descritti.

### **F. CONTENUTO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA**

La cartella infermieristica (parte integrante della cartella clinica) è lo strumento, cartaceo o informatizzato, dove l'infermiere documenta le operazioni eseguite destinate alla registrazione del processo diagnostico dell'infermiere, cioè di una corretta e completa identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica da soddisfare, della correlata pianificazione degli interventi, della gestione delle informazioni relativa alle prestazioni infermieristiche e della valutazione dei problemi di salute di propria competenza.

La struttura ed i contenuti della cartella infermieristica deve, inoltre, favorire una pluralità di impieghi quali: il supporto documentale all'azione professionale, la comunicazione tra servizi e tra operatori del medesimo servizio, l'integrazione organizzativa, la formazione e la didattica clinica, la promozione di protocolli operativi uniformi, la valutazione delle prestazioni assicurate, il controllo in termini di qualità, efficienza, efficacia ed economicità.

Per ogni persona assistita

- la pianificazione dell'assistenza
- la sua attuazione.

L'elaborazione di una cartella infermieristica richiede quale presupposto l'adozione di un modello concettuale di riferimento.

La struttura della cartella infermieristica preveda le seguenti sezioni

- raccolta informazioni
- identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica
- formulazione degli obiettivi
- pianificazione delle azioni infermieristiche
- diario infermieristico
- valutazione dei risultati.

### RACCOLTA DI INFORMAZIONI

La raccolta di informazioni, successiva ad un primo momento di conoscenza generale della persona e dei suoi problemi clinici consultando la documentazione dell'“inquadramento clinico”, consente all'infermiere di raccogliere gli elementi necessari per conoscere le modalità con le quali i bisogni si manifestano nella persona secondo le diverse dimensioni (bio-fisiologica, psicologica e socioculturale).

Le informazioni dovrebbero essere raccolte secondo un percorso che indagli

- i fattori che abitualmente favoriscono la soddisfazione dei bisogni e in particolare le modalità con le quali la persona solitamente ed autonomamente risponde ai propri bisogni
- gli ostacoli alla loro abituale soddisfazione
- i mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte
- le conoscenze e i comportamenti necessari per migliorarne la soddisfazione.

La raccolta informazioni è un processo dinamico ed è il presupposto della pianificazione personalizzata

### IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

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

### FORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Il rilievo di un bisogno di assistenza infermieristica determina l'esigenza di formulare l'obiettivo, ovvero esplicitare il risultato dell'assistenza infermieristica e definire la pianificazione assistenziale.

L'obiettivo è la descrizione di una situazione finale verso la quale l'infermiere e la persona assistita devono indirizzare i loro sforzi e operare le scelte.

### PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI INFERMIERISTICHE

La pianificazione, intesa come programmazione delle azioni infermieristiche, è la sezione della cartella infermieristica dove l'infermiere documenta la scelta e l'attuazione degli interventi che ritiene possano portare alla risoluzione dei bisogni di assistenza infermieristica identificati.

Le azioni pianificate devono essere finalizzate anche a favorire, nella persona, il recupero della capacità di rispondere autonomamente ai propri bisogni.

### DIARIO INFERMIERISTICO

In questa sezione devono essere registrati, in ordine cronologico, le osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale.

Nel diario infermieristico può essere riportata la valutazione relativa al livello di risoluzione del bisogno di assistenza infermieristica manifestato dalla persona e la descrizione, in caso di valutazione negativa, degli elementi che determinano la necessità di rivedere la scelta degli interventi infermieristici.

### VALUTAZIONE DEI RISULTATI

L'infermiere effettua una valutazione anche alla conclusione del periodo di degenza per definire il grado di autonomia raggiunto dalla persona nel soddisfacimento dei bisogni, evidenziando se necessario quali interventi infermieristici dovrebbero essere attuati a domicilio. Queste indicazioni vengono riportate sulla lettera di dimissione.

### ALLEGATI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA.

La cartella infermieristica dovrebbe essere corredata, a seconda delle necessità, di schede finalizzate a contenere dati utili all'attività assistenziale: ad esempio schede per la valutazione del rischio di lesioni da decubito e di monitoraggio della loro evoluzione, schede di rilevazione e controllo del dolore, ecc.

## **PARTE SECONDA**

### **custodia e conservazione della cartella clinica**

## ART. 5 CUSTODIA DELLA CARTELLA CLINICA

(ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

La Cartella clinica, 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 sanitaria e nel rispetto di tutte le norme valevoli per l'archivio delle cartelle cliniche.

### CONSERVAZIONE

La corretta gestione della Cartella clinica ne include anche un'adeguata conservazione, sia durante il tempo di "apertura" del documento, sia successivamente alla "chiusura".

La struttura sanitaria deve predisporre, documentare e mantenere attive **procedure di custodia** che garantiscano sia l'integrità della documentazione (non manomissione, non danneggiamento, non smarrimento), sia l'accessibilità ai soli aventi diritto.

La custodia della cartella clinica rientra anch'essa nell'alveo dei trattamenti di dati personali sensibili ne consegue che, ai sensi dell'art. 30 del d.lgs.196/2003 il dirigente della Struttura Sanitaria ove il paziente è trattato e ricoverato ovvero di dirigente è, in qualità di incaricato, responsabile della tenuta della cartella clinica e di ogni altro documento sanitario. In linea di principio, si formula l'indirizzo secondo cui il Direttore di ogni Unità operativa di degenza, verosimilmente individuato quale incaricato, possa delegare a propri collaboratori –medici ed infermieri il compito di curare la diligente custodia della cartella clinica, dal momento della sua formazione e per tutto il tempo di permanenza della stessa in responsabilità dell'U.O., fino alla consegna all'archivio tenuto presso la Direzione Medica del Presidio Ospedaliero ove il paziente è stato ricoverato.

Si applicano alla custodia le misure minime di sicurezza stabilite dall'allegato B) del d.lgs. 196/2003 e sue successive modificazioni ed integrazioni nonché il Documento Programmatico sulla Sicurezza adottato dalla Azienda Unità Sanitaria Locale TARANTO con atto deliberativo n. 954 del 31.03.2008 e/o di eventuali successivi modificazioni ed integrazioni.

La cartella clinica, redatta e sottoscritta come previsto ai commi precedenti deve pervenire, entro il termine massimo di **TRENTA GIORNI** dalla dimissione del paziente alla Direzione medica dello Stabilimento Ospedaliero per essere inserita e custodita nell'apposito archivio tenuto presso la stessa direzione.

La responsabilità della conservazione della cartella clinica e dei suoi allegati documenti sanitari è attribuita al responsabile della struttura sanitaria, quale incaricato del trattamento, fino alla consegna della stessa al citato archivio tenuto presso la Direzione medica; successivamente fa carico al Direttore Medico.

### ARCHIVIAZIONE

**Il Direttore Medico è responsabile** della custodia della documentazione clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio della struttura e riveste la qualifica di responsabile del trattamento dei dati personali sensibili giusto art. 29 del d.lgs. 196/2003.

La Direzione sanitaria, di ciascun stabilimento ospedaliero, deve predisporre apposito archivio autonomo (indipendente dalle Unità Operative di produzione della documentazione sanitaria) a cui affidare la conservazione della documentazione sanitaria.

Qualora il servizio di archiviazione sia affidato in appalto a gestore esterno, il Direttore sanitario avrà cura di demandargli le funzioni di incaricato del trattamento dei dati personali sensibili, in analogia a quanto previsto per gli incaricati interni.

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.

**L'archiviazione deve riguardare cartelle chiuse e, come tali, insuscettibili di modifiche.**

Si applicano all'archiviazione delle Cartelle cliniche le norme nazionali e regionali in materia con particolare applicazioni delle disposizioni di cui al d.lgs.196/2003 e del richiamato DPS.

Il trattamento di dati contenuti nella cartella clinica e degli documenti sanitari allegati, deve essere eseguito in modo lecito, secondo correttezza e pertinente alla finalità. A tal fine, il Direttore Medico quale responsabile del trattamento e della sicurezza dei dati deve prescrivere all'incaricato (referente dell'archivio) di avere accesso ai soli dati personali la cui conoscenza sia strettamente necessaria per adempiere ai compiti loro assegnati.

In caso di trattamento di dati sensibili (art.26 d.lgs.196/2003) oltre a quanto previsto devono essere osservate le seguenti modalità:

- se affidati agli incaricati del trattamento, gli atti e i documenti contenenti i dati sono conservati, fino alla restituzione, in contenitori muniti di serratura;
- l'accesso agli archivi deve essere controllato e devono essere identificati e registrati i soggetti che vengono ammessi dopo l'orario di chiusura degli archivi stessi.

**PARTE TERZA**

**accesso e rilascio della cartella clinica ed altra documentazione sanitaria**

## ART.6 MODALITA' DI ACCESSO

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

Il Direttore medico 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 clinica nella sua interezza 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 ; ovvero .da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato,
- Si applicano per i dati riferiti altresì il disposto dell'art. 84 del d.lgs.196/2003 che così recita:  
"1. I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato.  
2. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele riportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati."  
• Persone diverse dall'interessato, dal medesimo delegate.
- In caso di decesso della persona a cui la documentazione si riferisce, sono legittimati all'accesso: il coniuge ed i figli; in loro mancanza, i genitori; in mancanza dei suddetti, i fratelli; in mancanza delle persone di cui ai precedenti i parenti fino al 6° grado.
- **E' 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.
- L'INAIL, relativamente ai ricoveri conseguenti ad infortuni sul lavoro o malattie professionali dei suoi assicurati.
- L'INPS, limitatamente all'erogazione di prestazioni correlate alla tubercolosi.
- 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.
- La stessa aziendale detiene la documentazione, e c/o cui la stessa è stata generata, se convenuta in giudizio o altrimenti chiamata a rispondere per danni.
- La Direzione medica valuterà, di volta in volta, la sussistenza di diritto di accesso a seguito di richieste provenienti non da esercente legale di potestà o tutela nonché delle richieste aventi a motivazione la difesa di un diritto ovvero qualora di una cartella sia stato disposto il sequestro si applica il disposto di cui al codice di procedura penale. In tal caso una copia autenticata del documento sottoposto a sequestro deve essere creata contestualmente alla consegna dell'originale e conservata agli atti dell'ufficio unitamente all'ordine o al verbale di sequestro da parte dell'Autorità Giudiziaria.
- Richiesta da parte del Consulente Tecnico d'Ufficio o del Perito d'Ufficio, dietro esibizione dell'atto di nomina e del documento di riconoscimento.
- Richieste da parte del genitore affidatario per il figlio minore.
- Richiesta da parte del legale dell'interessato e titolare della documentazione previo esibizione del documento di riconoscimento e della relativa documentazione che attesti di agire in nome e per conto dello stesso.
- Richiesta da parte del medico curante (specialista) appartenente ad altra struttura sanitari dell' Azienda che si qualifichi come soggetto incaricato per finalità diagnostico-terapeutici.
- Richiesta da parte del medico di Medicina Generale dell'interessato che si qualifichi come soggetto incaricato per finalità diagnostico-terapeutici.

**PER QUANTO SOPRA PUO' ESSERE UTILIZZATA LA MODULISTICA IN ALLEGATO 2**

### **ART. 7 RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA E DOCUMENTI SANITARI**

La cartella clinica è rilasciata, in copia autenticata, dal Direttore medico nel termine massimo di trenta giorni dalla sua richiesta. Detto termine potrà essere differito di ulteriori trenta giorni qualora la cartella clinica, al momento della istanza di rilascio di copia, non risultasse archiviata in quanto trattenuta dalla struttura sanitaria competente al fine di procedere al completamento della documentazione allegata e relativa a particolari e complesse indagini diagnostiche.

Nel caso di pazienti trattati in regime ambulatoriale, il rilascio della documentazione iconografica, radiologica, e di medicina nucleare o di qualsiasi altro materiale diagnostico che sia stato sottoposto a trattamento conservativo (preparati istologici o citologici, le inclusioni in paraffina, nonché i tracciati, le fotografie, i filmati ecc.) qualora consegnati all'interessato quest'ultimo deve essere edotto che trattasi di materiale unico, da conservare con cura e da presentare in occasione di successivi controlli sanitari.

### **ART.8 AUTENTICA E PAGAMENTO DELLE COPIE DELLE CARTELLE CLINICHE**

La cartella clinica, rilasciata in copia autenticata, ai sensi di legge dal Direttore medico deve riportare in calce il numero dei fogli di cui è composta e del numero degli allegati.

Le copie della documentazione sono consegnate dietro pagamento di un diritto stabilito dalla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria USL Taranto.

**PARTE QUARTA**  
**informazione e consenso**

## **ART.9**

### **CONTENUTO DEL DOCUMENTO DI RICHIESTA DEL CONSENSO INFORMATO**

- dati identificativi della ASL e della struttura organizzativa che deve erogare la prestazione;
- dati identificativi del paziente;
- dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni);
- dati identificativi del legale rappresentante (in caso di paziente minorenni o interdetto giudiziario) o dell'amministratore di sostegno o del curatore speciale con poteri relativi alla sfera sanitaria, ove esistano;
- sintesi della situazione clinica del paziente sospetto diagnostico, patologia che ha richiesto la prestazione);
- atto sanitario proposto per cui si richiede il consenso informato (Prestazione diagnostica, terapeutica, anestesiológica);
- dichiarazione di avvenuta informazione al paziente a firma del medico (data in cui l'informativa è stata fornita, timbro e firma del medico che ha fornito l'informazione);
- Dichiarazione del paziente di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente in merito al sospetto diagnostico ovvero alla patologia di cui è affetto, alle caratteristiche della procedura, ed in particolare: modalità, tipo di anestesia praticata (generale, locale loco-regionale, nessuna anestesia), difficoltà tecniche probabilità di riuscita, risultati conseguibili parziali e definitivi, finalità e vantaggi, conseguenze temporanee e permanenti, possibili ricadute sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare e/o sociale, rischi connessi e complicanze, trattamenti associati (profilassi antibiotica o anticoagulante, ecc.) necessità di eventuali trattamenti successivi, particolari condizioni individuali degne di nota (specificare), nonché riguardo alle alternative diagnostiche e/o terapeutiche;
- dichiarazione del paziente di non volere ricevere informazioni e di delegare altra persona, da lui specificatamente indicata, a riceverle in sua vece ed a concedere il consenso, ovvero autorizzare il medico ad attuare la strategia diagnostica o terapeutica che egli ritenga più adeguata, ancorché all'insaputa del paziente;
- dichiarazione del paziente di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso, ovvero autorizzare il medico ad attuare la strategia diagnostica o terapeutica che egli ritenga più adeguata, ancorché all'insaputa del paziente;
- dichiarazione del paziente di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso salvo che l'atto non sia arrestabile ovvero in caso di pericolo di vita;
- dichiarazione del paziente di accettare o non accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto;
- eventuali osservazioni;
- data di compilazione del modulo;
- firma del paziente o di entrambi i genitori del minore o di altro legale rappresentante (specificare se tutore o amministratore di sostegno con poteri relativi alla sfera sanitaria);
- timbro e firma del medico che acquisisce il consenso;
- dichiarazione del paziente di voler revocare il consenso;
- firma del paziente o di entrambi i genitori del minorenni o di altro legale rappresentante (specificare se tutore o amministratore di sostegno con poteri relativi alla sfera sanitaria) di voler revocare il consenso;
- nominativo e firma di eventuali testimoni: personale infermieristico e prossimi congiunti del paziente.
- Sottoscrizione della informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003

**PARTE QUINTA**  
**MODULISTICA**



**MODELLO A)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....**\_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**COPIA AUTENTICA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA, RELATIVA AI RICOVERI :**

	<b>DEGENZA NEL REPARTO</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
<b>01</b>			
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

**Firma**\_\_\_\_\_

Alla presenta domanda deve essere allegata copia del documento di riconoscimento di identità.



**MODELLO B)**

Taranto \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A**

**....L ...** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**A RITIRARE COPIA AUTENTICA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA, RELATIVA AI RICOVERI :**

	DEGENZA NEL REPARTO	DAL	AL
<b>01</b>			
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A T O**

**Dichiara di avere ritirato in data odierna copia della cartella clinica come sopra richiesta**

**.....li.....** **Firma** \_\_\_\_\_

**Si allegano documenti di riconoscimento di entrambi.**



**MODELLO C)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio di copia della cartella clinica del\_ sig...\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il ..... e residente in ..... Alla via.....

**RELATIVA AI RICOVERI**

	<b>DEGENZA NEL REPARTO</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
<b>01</b>			
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 **DICHIARA** di avere con il titolare della cartella clinica che si richiede il seguente rapporto:

- genitore esercente la patria potestà
- coniuge
- coniuge separato
- figlio
- germano
- curatore
- tutore

-Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria.

Firma\_\_\_\_\_

**SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

Si dichiara che il richiedente ha apposto la firma in presenza del funzionario preposto allo sportello

sig. \_\_\_\_\_ (firma leggibile)



**MODELLO D)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio del certificato di ricovero in carta semplice.

A) senza diagnosi per motivi di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> lavoro                | <input type="radio"/> congedo retribuito (fino a gg. 3) |
| <input type="radio"/> assicurazione privata | <input type="radio"/> contravvenzione stradale          |
| <input type="radio"/> riscossione pensione  | <input type="radio"/> scuola                            |

B) con diagnosi per motivi di:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> domanda di invalidità  | lavoro, insidia stradale, infortunio sportivo  |
| <input type="radio"/> motivi familiari   |  |
| <input type="radio"/> per assicurazione in seguito ad incidente stradale, infortunio sul | <input type="radio"/> congedo per allattamento |

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

Alla presenta domanda deve essere allegata copia del documento di riconoscimento di identità.



**MODELLO E)**

Taranto \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A**

**...L...** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

Per il rilascio del certificato di ricovero in carta semplice.

**A) senza diagnosi per motivi di:**

- lavoro
- assicurazione privata
- riscossione pensione
- congedo retribuito (fino a gg. 3)
- contravvenzione stradale
- scuola

**B) con diagnosi per motivi di:**

- domanda di invalidità
- motivi familiari
- per assicurazione in seguito ad incidente stradale, infortunio sul lavoro, insidia stradale, infortunio sportivo
- congedo per allattamento

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

**Si allegano documenti di riconoscimento di entrambi.**

**...L... SOTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A T O**

**Dichiara di avere ritirato in data odierna copia della cartella clinica come sopra richiesta**

.....li.....

Firma \_\_\_\_\_



**MODELLO F)**

Taranto \_\_\_\_\_

Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....

...L... SOTTOSCRITT.....

NAT.... A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ ALLA VIA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio del certificato di ricovero in carta semplice.

del\_\_ sig...\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il ..... e  
residente in ..... Alla via.....

**A) senza diagnosi per motivi di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> lavoro                | <input type="radio"/> congedo retribuito (fino a gg. 3) |
| <input type="radio"/> assicurazione privata | <input type="radio"/> contravvenzione stradale          |
| <input type="radio"/> riscossione pensione  | <input type="radio"/> scuola                            |

**B) con diagnosi per motivi di:**

- domanda di invalidità
- motivi familiari
- per assicurazione in seguito ad incidente stradale, infortunio sul lavoro, insidia stradale, infortunio sportivo
- congedo per allattamento

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 DICHIARA di avere con il titolare della cartella clinica che si richiede il seguente rapporto:

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> genitore esercente la patria potestà | <input type="radio"/> germano  |
| <input type="radio"/> coniuge                              | <input type="radio"/> curatore |
| <input type="radio"/> coniuge separato                     | <input type="radio"/> tutore   |
| <input type="radio"/> figlio                               |                                |

-Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria.

Firma \_\_\_\_\_

**Si allegano documenti di riconoscimento di entrambi.**

Si dichiara che il richiedente ha apposto la firma in presenza del funzionario preposto allo sportello sig. \_\_\_\_\_ (firma leggibile)



## **INFORMATIVA ALL'UTENTE A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 ( Codice in materia di protezione dei dati personali, d'ora in avanti Codice sulla Privacy )

### **LA INFORMIAMO CHE**

a) i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Codice sulla Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta l'Azienda USL di Taranto ( d'ora in avanti AUSL di Taranto ). Tali dati, tra cui sono ricompresi i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, saranno oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato, che – in questo caso – è la persona fisica cui si riferiscono i dati personali. Il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale è consentito, in virtù degli articoli 75 e seguenti del Codice sulla Privacy, in quanto necessario per lo svolgimento dell'attività istituzionale della AUSL di Taranto;

b) tali dati saranno trattati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi; potranno, inoltre, essere trattati in forma anonima al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica, per studi clinici e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute nell' AUSL di Taranto;

c) i dati personali e sensibili saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla Legge;

d) i dati personali che La riguardano saranno trattati in modo lecito e corretto, raccolti esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa, costantemente aggiornati e conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per cui i dati sono raccolti;

e) il trattamento essenzialmente consiste nella:

- istituzione di una scheda personale ( cartella clinica, scheda infermieristica o altri documenti simili) contenente dati anagrafici, amministrativi, fiscali, sanitari che sono necessari ed indispensabili per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi;
- stesura di referti e certificazioni;
- redazione di documenti obbligatori ai fini amministrativi e/o fiscali;

f) il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti elettronici, l'accesso e il trattamento dei dati sono consentiti al personale dell' AUSL di Taranto e a coloro che, per conto della AUSL, svolgono attività di supporto istituzionale, previamente nominati responsabili, incaricati, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza prescritte dal Codice sulla Privacy;

g) il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al punto b) e pertanto il mancato conferimento può comportare per l'Azienda Sanitaria un impedimento nel fornire le prestazioni e le cure richieste;

h) i Suoi dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui sopra, ad Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, Enti Previdenziali e Assistenziali, Assessorato Regionale alla Sanità, ed in genere a terzi soggetti destinatari per legge o per

regolamento ovvero ai quali la comunicazione è necessaria per l'esercizio dell'attività propria dell'AUSL di Taranto

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, ad organismi di informazione e sicurezza od altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati;

i) i dati idonei a rivelare lo stato di salute non saranno oggetto di diffusione;

j) i dati potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'U.E. nell'ambito delle finalità di cui sopra e, comunque, nel rispetto dei requisiti richiesti dalla normativa sul trattamento dei dati personali riguardo al trasferimento dei dati all'estero;

k) il Titolare del trattamento è l' AUSL di Taranto, con sede in Viale Virgilio 31 a Taranto , nella persona del Direttore Generale;

l) il responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 7 del Codice è .....

m) L'interessato può rivolgersi presso l'Ufficio Rapporti con il Garante e Tutela della Privacy dell'Azienda Sanitaria per fare valere i Suoi diritti stabiliti dal Codice sulla Privacy;

n) in ogni momento Ella potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs.vo n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente.

..... lì.....

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DELL'UTENTE)

#### **Art. 7 Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5. comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3 L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta; al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

..... lì.....

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DELL'UTENTE)

## SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

### ALCUNE IMPORTANTI RIFLESSIONI SU: INFORMAZIONE E CONSENSO

Il tema dell'informazione e del consenso può essere esaminato sotto diversi profili:

- dal punto di vista medico-professionale, l'obbligo dell'informazione da parte del sanitario, cui corrisponde il diritto del paziente a ricevere adeguate notizie sul suo stato di salute, è oggetto di specifiche indicazioni di natura deontologica, come ribadito nel recente Codice di Deontologia Medica del 1998, che dedica all'argomento ampio spazio;

- dal punto di vista giuridico, due sono gli aspetti che vengono in considerazione:

quello delle fonti normative da cui far derivare la doverosità della condotta del professionista improntata a rispetto della determinazione del paziente;

quello delle responsabilità derivanti da condotta del sanitario in dispregio della volontà validamente manifestata dall'assistito.

L'agire medico è legittimato, di norma, dalla volontaria adesione del paziente alla proposta di trattamento; il fondamento giuridico di tale asserzione ha il rango di norma costituzionale: è l'art. 32 Cost., 2<sup>a</sup> comma, che dispone "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Dal divieto di trattamenti obbligatori si evince, dunque, la generale regola della libertà dei trattamenti sanitari.

La rilevanza del consenso informato è stata ulteriormente accresciuta da una pronuncia della Corte Costituzionale (sent. n. 471/90) affermando che la libertà personale sancita dall'art. 13 Cost. ("La libertà personale è inviolabile ... non è ammessa ... restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge...") - comprende anche la libertà di disporre del proprio corpo, con il corollario della necessità di un consenso del paziente in ordine alle prestazioni sanitarie che lo riguardano.

L'informazione fa parte della **buona condotta medica**; costituisce un vero e proprio **dovere contrattuale**; è **integrativa della prestazione sanitaria** tanto da diventare prestazione sanitaria essa stessa; dalla sua omissione possono derivare responsabilità professionali e pretese risarcitorie (Cass. 29/3/76 n. 1132; Id. 26/3/81 n. 1773; Id. 25/11/94 n. 10014).

#### A chi dare informazione

L'informazione va data alla persona, maggiorenne e capace di intendere e volere, a cui il trattamento sanitario si riferisca.

E' il paziente il titolare primario anche ai sensi del d.lgs. 196/2003, sul trattamento dei dati e la tutela della privacy.

In caso di paziente di minore età con eccezione del minore emancipato = sedicenne sposato, equiparato al maggiorenne, per il compimento di atti di ordinaria amministrazione, ferma la valutazione caso per caso dell'opportunità di informare anche il minore, in rapporto alle sue capacità di intendere, titolari dell'informativa sono gli esercenti la potestà di genitore (genitori legittimi, naturali, adottivi) o, in assenza di costoro, il tutore.

Qualora non sia possibile contattare gli esercenti la potestà - oppure il tutore -, ci si deve indirizzare al Giudice tutelare.

Lo stesso Giudice sarà adito nell'ipotesi di discordanza di pareri tra gli esercenti la potestà oppure allorché tali esercenti convergono nell'adozione di una decisione che appaia al medico contraria agli interessi del minore assistito.

Se il titolare -oppure i suoi legali rappresentanti: esercenti la potestà di genitore; tutore- lo permettono esplicitamente, informazioni sullo stato di salute possono essere date anche a terzi.

Va rispettata la **volontà** del titolare maggiorenne e capace di intendere e volere **di non ricevere informazioni**: in tale ipotesi, il medico potrà prospettare al paziente l'impossibilità di dar seguito ad un trattamento in carenza di valutazione congiunta oppure potrà richiedere dall'assistito l'autorizzazione ad attuare la strategia diagnostica o terapeutica che egli ritenga più adeguata, ancorché all'insaputa del paziente.

Non ci si può nascondere l'estrema delicatezza di quest'ultima opzione, riguardo alla quale appare prudente che il sanitario dia corso a riferimento scritto, con firma del paziente.

Quando si tratti di persona maggiorenne ma incapace di intendere o volere, il legale rappresentante è il tutore, a cui, in analogia a quanto detto per i minori, ci si deve riferire, senza tralasciare l'informativa al paziente, per quanto sia possibile.

#### A chi compete dare informazione

Ogni professionista sanitario è onerato del dovere informativo.

Il medico principalmente, compendiando in sé la responsabilità della complessiva gestione del trattamento sanitario; anche gli altri operatori che intervengono nel processo assistenziale peraltro devono improntare il loro agire al rispetto della libera determinazione del paziente, ponendolo in condizione di essere correttamente informato riguardo alle pratiche ricadenti nella loro sfera di competenza.

Particolare attenzione va posta all'aspetto informativo all'interno di équipe assistenziali tipicamente in caso di dissenso-rifiuto di trattamenti sanitari, il medico deve rispettare il volere del paziente, eventualmente dandone atto nella documentazione sanitaria. In ogni caso il medico è tenuto a valutare la validità del dissenso/rifiuto, in funzione delle

reali capacità di intendere e volere del paziente rispetto alle conseguenze della sua scelta: per tale motivo, talvolta, si ricorre a consulenza psichiatrica per accertare la sussistenza di una piena capacità di intendere e volere;

- tra le altre cause che giustificano un trattamento medico in assenza di valido consenso, oltre ai trattamenti sanitari obbligatori per legge, si possono configurare:

- lo stato di necessità;

- eventuali ipotesi di reato di omissione di soccorso e/o rifiuto di atti d'ufficio.

L'intervento del medico è comunque limitato alle cure necessarie a mantenere in vita il paziente nonché proporzionate al pericolo in atto.

La scelta del medico non deve rientrare nella sfera dell'arbitrarietà, ma uniformarsi ai criteri e principi della scienza medica nonché al rapporto di proporzionalità tra benefici attendibili e i rischi prevedibili.

Il consenso deve essere preceduto da adeguata informativa.

Per l'esecuzione di indagini diagnostiche sul degente, l'informativa deve partire dal medico che propone al paziente l'accertamento (nella più parte dei casi si tratterà del medico di reparto –coincidendo in tale evenienza il proponente con il prescrittore -; in altri casi potrà trattarsi anche del consulente specialista –mero proponente, poiché la prescrizione deve originare dal medico dell'U.O. di degenza -).

I medesimi criteri troveranno applicazione anche per il paziente non degente.

E' di tutta evidenza che il paziente deve giungere al medico esecutore già consapevole della prestazione che quest'ultimo dovrebbe porre in essere.

Il medico erogatore, peraltro, dovrà accertarsi che il paziente sia stato adeguatamente informato, avendo egli, per la specifica prestazione richiestagli, la responsabilità dell'agire diretto sull'assistito.

### **Modalità dell'informazione**

Considerato che nel processo comunicativo tre sono le componenti principali: emittente, mezzo di comunicazione, ricevente (o fruitore), si dovranno attentamente considerare le caratteristiche del paziente allo scopo di modulare il linguaggio per rendere comprensibile il messaggio al destinatario dell'informazione.

Questa deve essere quanto più possibile completa e veritiera –salvo il dettato deontologico di lasciare adito sempre alla speranza, anche nelle situazioni più critiche, specie in mancanza di certezze assolute che neppure la scienza può fornire.

Si può effettuare una prima distinzione tra momenti informativi di maggior rilievo, attinenti alla rappresentazione del quadro clinico, con correlate decisioni diagnostiche e/o terapeutiche, e informazioni per così dire routinarie o minimali, relative a pratiche sanitarie rientranti nella più generale esposizione già compiuta.

Se per queste ultime la contestualità con l'agire appare ineludibile, per i momenti informativi di maggior impegno e per approfondimenti conoscitivi, si rivela essenziale l'individuazione di tempi e luoghi consoni.

Si dovrebbe assicurare al paziente un colloquio all'insegna del riserbo, della disponibilità e della serenità.

Oltre che all'attività informativa spontaneamente originante dal medico e diretta al paziente, importanza va riservata anche all'attività informativa scaturente da esplicita richiesta dell'assistito.

La vita ospedaliera del paziente è sovente caratterizzata da incertezze, ansia, paure derivanti dal non conoscere a che cosa andrà incontro.

Le esitazioni nel richiedere precisazioni, talora motivate da timore, conseguono per lo più a difficoltà di dialogo con interlocutori non sempre provvisti di disponibilità ad ascoltare ed a rispondere.

Caratteristiche e contenuto dell'informazione

L'informazione, parte costitutiva del rapporto assistenziale, deve soddisfare alle seguenti caratteristiche, frutto di consolidata elaborazione giurisprudenziale:

- **effettività e correttezza**: reale prospettazione delle ragioni per le quali viene proposto un trattamento anziché un altro;

- **a tecnicità**: deve essere resa in un linguaggio comprensibile alla persona comune;

- **personalità**: l'informazione deve tenere conto della cultura generale e specifica del paziente, della sua età, degli aspetti psicologici, .....

- **funzionalità e proporzionalità** rispetto al tipo di intervento sanitario a cui si riferisce: le notizie devono essere rese in modo veritiero, evitando esasperate precisazioni di dati, percentuali, statistiche inutili.

Quanto alla forma, si rinvia a quanto per la medesima sarà detto in tema di consenso.

E' comune opinione che si debba informare il paziente relativamente ad indagini diagnostiche e ad interventi terapeutici comportanti un apprezzabile rischio, ritenendosi superfluo nei restanti casi.

Per prospettazione dei rischi si intendono quelli prevedibili, e non quelli anomali al limite del caso fortuito, in modo da non "terrorizzare" il paziente ed indurlo ad un calcolo delle probabilità puramente statistico anziché ad una scelta consapevole.

Il professionista sanitario dovrebbe peraltro sempre tenere presenti i limiti delle conoscenze scientifiche, mutevoli nel tempo e non sempre esaustive.

Se può apparire superfluo il dovere di informare relativamente alle attività routinarie non comportanti apprezzabili rischi, non va trascurata in ogni caso una espressa richiesta del paziente di essere informato anche riguardo ad atti di tal natura.

## CONSENSO

Affinché il consenso possa considerarsi valido, deve possedere le seguenti caratteristiche:

**personale:** deve essere dato in forma espressa dall'aveute diritto, maggiore di età, capace di intendere di volere e mai può essere presunto; trattandosi di diritto personalissimo non può essere fornito dai congiunti del paziente per i quali si pone soltanto un problema di informazione sulle condizioni di salute del malato, se il medesimo lo consente;

**preventivo:** prestato prima dell'inizio dell'atto medico;

**specifico:** rispetto al trattamento medico cui si riferisce;

**consapevole:** basato su una preventiva e completa informazione;

**gratuito:** non è valido il consenso prestato a titolo oneroso o quale controprestazione di favori o vantaggi;

**Libero** ovvero non viziato da errore, dolo o violenza;  
intendendosi per

a) errore, la fattispecie del paziente che abbia tratto dall'informativa una visione travisata dei fatti al punto che, se avesse compreso le notizie fornite, non avrebbe dato il consenso;

b) dolo, la condotta dolosa del medico che con artifici e raggiri convinca il paziente a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario;

**attuale:** deve permanere per tutta la durata del trattamento medico stesso.

## FORMA DEL CONSENSO

La forma è sostanzialmente libera, salve le ipotesi in cui è espressamente prevista da una specifica norma di legge.

Nei restanti casi, si ritiene sufficiente una volontà, in qualunque modo espressa, dalla quale risulti l'intenzione di sottoporsi al trattamento medico.

La forma scritta può essere utile sotto il profilo probatorio; la giurisprudenza, tuttavia, è attenta non tanto ad una sottoscrizione di un modulo - che a volte non consente di sapere se il trattamento è stato pienamente inteso dal paziente - ma al fatto che risulti che il medico ha parlato con il paziente e si è reso conto di essere stato compreso.

La forma scritta non esclude quindi il sindacato del giudice sulla effettività del consenso.

Il Codice di deontologia medica, all'art. 32, attribuisce alla forma scritta funzione integrativa e non sostitutiva del processo di informazione.

La **forma scritta** è **obbligatoria** per:

- terapia con emoderivati e plasmaderivati (art. 19 DM 15.1.91, art. 4 DM 1.9.95);
- espianto di organi (art.2 L.458/67 per donazione rene da vivente; L. 91/99 per eventuale dissenso a espianto da cadavere);
- sperimentazione clinica (art. 108 Dlvo 230/95; DM 15.7.1997 -allegato su Linee guida per la buona pratica clinica).

A titolo meramente esemplificativo, ben lungi dal voler proporre elenco esaustivo e tanto meno vincolante, si possono citare le seguenti tipologie di prestazioni per le quali sarebbe consigliabile valutare la opportunità di informazione e successiva acquisizione di consenso per iscritto, :

- atti chirurgici;
- talune procedure invasive diagnostiche o terapeutiche;
- trattamenti oncologici (radio-, chemio-, immunoterapia, etc.);
- prestazioni implicanti utilizzo di mezzi di contrasto;
- RMN, trattamenti con radiazioni ionizzanti;
- trattamenti determinanti perdita, temporanea o definitiva, della capacità procreativa (ad eccezioni dei comuni trattamenti contraccettivi);
- trattamenti psichiatrici di maggior impegno;
- terapie mediche con elevata incidenza di reazioni avverse;
- prescrizioni di medicinali al di fuori delle indicazioni ministeriali.

## Tutela della riservatezza

All'amplissimo genere della protezione della sfera privata è da ricondursi la tutela inerente la interazione tra il cittadino utente e la struttura sanitaria; mosaico complesso quest'ultima, un cui tassello è rappresentato dalla protezione della documentazione sanitaria.

Gli elementi in questa contenuti, secondo il d.lgs. 196/2003 hanno la qualificazione di dati personali sensibili, sotto specie di dati:

- ≈ idonei a rivelare lo stato di salute;
- ≈ inerenti la vita sessuale;
- ≈ genetici;

Un diverso livello di tutela può essere richiesto per alcune tipologie di dati, in dipendenza di previsioni normative

specifiche (es.: dati genetici; tossicodipendenza; .....).

Particolari accorgimenti potranno altresì rendersi opportuni per i dati di persone inserite in programmi di speciale tutela per ragioni di giustizia - eventualmente in accordo con le Autorità preposte all'apposita gestione -; per i dati personali, anche se non sensibili, di partoriente che non ha riconosciuto il neonato;

La tutela della riservatezza dei dati del degente, 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 per lo più un contesto fisico appropriato.

Vengono pertanto in considerazione le caratteristiche strutturali dei luoghi di ricovero, dal front office all'area di degenza, dagli spazi di attesa alle unità di diagnostica.

Dal momento della generazione, in cartella, del dato sensibile si snoda una lunga serie di passaggi, ciascuno dei quali meritevole di attenzione poiché potenziale fonte di svelamento di notizie che dovrebbero essere rigorosamente protette.

Il divenire della cartella consta di: consultazioni e scritture di diversi professionisti; trasferimenti del documento da un luogo all'altro - frequentemente ad opera di collaboratori non professionisti- sia per

comunicazione di dati tra operatori sia per riproduzioni o verifiche di ordine vario; deposito in aree di lavoro non sempre presidiate continuativamente.

Quanto detto a proposito della cartella in toto vale altresì per singoli documenti sanitari, siano essi cartacei oppure impressi su altro supporto fisico (lastre radiosensibili, pellicole cinematografiche, 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: diabete).

Un generale richiamo alla pertinenza ed all'indispensabilità dei dati raccolti giunge dall'art. 22, comma 3 bis della L. 675/96 (?) 3; questi stessi criteri non possono poi eludersi nelle applicazioni specifiche.

Trattamenti illeciti di dati personali, quando non si configurino reati, ai sensi dell'art. 326 C.P. - Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio- oppure dell'art. 622 C.P. -rivelazione di segreto professionale -, possono ricadere sotto le sanzioni previste dagli artt. 35 e segg. della L. 675/96.

2 Art.3 Dlvo 135/1999, comma 4:" I dati contenuti in elenchi, registri o banche di dati, tenuti con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, sono trattati con tecniche di cifratura o mediante l'utilizzazione di codici identificativi o di altri sistemi che, considerato il numero e la natura dei dati trattati, permettono di identificare gli interessati solo in caso di necessità".

Comma 5: "I dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sono conservati separatamente da ogni altro dato personale trattato per finalità che non richiedano il loro utilizzo. Al trattamento di tali dati si procede con le modalità di cui al comma 4 anche quando detenuti dati sono contenuti in elenchi, registri o banche dati o non sono tenuti con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati."

3 "Nei casi in cui è specificata, a norma del comma 3, la finalità di rilevante interesse pubblico, ma non sono specificati i tipi di dati e le operazioni eseguibili, i soggetti pubblici, in applicazione di quanto previsto dalla legge 31 dicembre 1996, n. 676, in materia di dati sensibili, identificano e rendono pubblici, secondo i rispettivi ordinamenti, i tipi di dati e di operazioni strettamente pertinenti e necessari in relazione alle finalità perseguite nei singoli casi, aggiornando tale identificazione periodicamente".

### 4.3 Custodia e diritto di accesso

#### 4.3.1 Conservazione

La corretta gestione della Cartella clinica ne include anche un'adeguata conservazione, sia durante il tempo di "apertura" del documento, sia successivamente alla "chiusura".

La struttura sanitaria deve predisporre, documentare e mantenere attive **procedure di custodia** che garantiscano sia l'integrità della documentazione (non manomissione, non danneggiamento, non smarrimento), sia l'accessibilità ai soli aventi diritto.

Riguardata dall'angolazione della tutela della privacy, la custodia della cartella clinica rientra anch'essa nell'alveo dei trattamenti di dati personali sensibili.

Ne consegue, ai sensi dell'art. 8 della L. 675/96, l'esigenza di individuazione, da parte di ciascun'Azienda, dei responsabili e degli incaricati di questa forma di trattamento.

In linea di principio, si formula l'indirizzo secondo cui il Direttore di ogni Unità operativa di degenza, verosimilmente individuato quale incaricato, possa delegare a propri collaboratori -medici ed infermieriil compito di curare la diligente custodia della cartella clinica, dal momento della sua formazione e per tutto il tempo di permanenza della stessa in responsabilità dell'U.O., fino alla consegna all'archivio generale ospedaliero.

Si applicano alla custodia le misure minime di sicurezza stabilite dal Dlvo 318/99, art.9 (?) 4, valevoli altresì per l'archiviazione centrale, di cui al successivo capitolo.

#### 4.3.2 Archiviazione

Il **Direttore sanitario è responsabile** della custodia della documentazione clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio della struttura e riveste la qualifica di responsabile del trattamento dei dati personali sensibili.

La Direzione sanitaria deve predisporre apposito archivio autonomo (indipendente dalle Unità Operative di produzione della documentazione sanitaria) a cui affidare la conservazione della documentazione sanitaria.

Qualora il servizio di archiviazione sia affidato in appalto a gestore esterno, il Direttore sanitario avrà cura di demandargli le funzioni di incaricato del trattamento dei dati personali sensibili, in analogia a quanto previsto per gli incaricati interni.

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.

**L'archiviazione deve riguardare cartelle chiuse e, come tali insuscettibili di modifiche.**

Si applicano all'archiviazione delle Cartelle cliniche le norme in materia archivistica e quelle, richiamate al precedente capitolo, in tema di tutela della privacy.

(?)4 1- Nel caso di trattamento di dati personali per fini diversi da quelli dell'art. 3 della legge (= fini esclusivamente personali), effettuato con strumenti diversi da quelli previsti dal capo II (= strumenti elettronici o automatizzati), sono osservate le seguenti modalità:

nel designare gli incaricati del trattamento per iscritto e nell'impartire le istruzioni ai sensi dell'art. 8, comma 5 e 19 della legge, il titolare o, se designato, il responsabile devono prescrivere che gli incaricati abbiano accesso ai soli dati personali la cui conoscenza sia strettamente necessaria per adempiere ai compiti loro assegnati;

gli atti e i documenti contenenti i dati devono essere conservati in archivi ad accesso selezionato e, se affidati agli incaricati del trattamento, devono essere da questi ultimi conservati e restituiti al termine delle operazioni affidate.

2- Nel caso di trattamento di dati di cui agli articoli 22 e 24 della legge, oltre a quanto previsto nel comma 1, devono essere osservate le seguenti modalità:

se affidati agli incaricati del trattamento, gli atti e i documenti contenenti i dati sono conservati, fino alla restituzione, in contenitori muniti di serratura;

l'accesso agli archivi deve essere controllato e devono essere identificati e registrati i soggetti che vi vengono ammessi dopo l'orario di chiusura degli archivi stessi.

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 sanitaria e nel rispetto di tutte le norme vavevoli 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).

Per le Cartelle cliniche valgono le disposizioni che consentono la microfilmatura o l'archiviazione su supporto ottico, in questa seconda evenienza, nel rispetto delle prescrizioni dell'AIPA.

#### 4.3.3 Diritto di accesso: consultazione e rilascio di copia

La Cartella clinica 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 -.

Si applica altresì il disposto dell'art. 23, comma 2 della L. 675/1996 (?) 5;

- Persone diverse dall'interessato, dal medesimo delegate.
  - In caso di decesso della persona a cui la documentazione si riferisce, sono legittimati all'accesso: il coniuge ed i figli; in loro mancanza, i genitori; in mancanza dei suddetti, i fratelli; in mancanza delle persone di cui ai precedenti alinea, i parenti fino al 6° grado.
- E' 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.
  - L'INAIL, relativamente ai ricoveri conseguenti ad infortuni sul lavoro o malattie professionali dei suoi assicurati.
  - L'INPS, limitatamente all'erogazione di prestazioni correlate alla tubercolosi.
- 5 "I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare o ai soggetti di cui al comma 1 ter".

- 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.

La Direzione sanitaria valuterà, di volta in volta, la sussistenza di diritto di accesso ai sensi dell'art. 23, comma 1 quater della L. 675/1996 (?) 6, a seguito di richieste provenienti non da esercente legale di potestà o tutela nonché delle richieste aventi a motivazione la difesa di un diritto.

La copia della Cartella clinica deve essere **rilasciata nel più breve tempo** possibile, da definirsi nella Carta dei servizi di ogni Azienda.

Qualora di una cartella sia stato disposto sequestro, si applicano le disposizioni dell'art. 258 CPP (?) 7. 6 "In caso di incapacità di agire, ovvero di impossibilità fisica o di incapacità di intendere o volere, il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute è validamente manifestato nei confronti di esercenti le professioni sanitarie e di organismi sanitari, rispettivamente, da chi esercita legalmente la potestà ovvero da un familiare, da un prossimo congiunto, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimori".

7 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."

su fogli messi a disposizione o riconosciuti validi dall'Azienda

Ospedaliera e le relative annotazioni debbono essere stese, rispettando la sequenza cronologica, contestualmente agli eventi segnalati. La Cartella Clinica deve accompagnare il paziente nei trasferimenti fra unità operative dell'Azienda Ospedaliera sotto la responsabilità del Responsabile dell'unità operativa che cura il trasferimento del paziente.

La Cartella Clinica deve essere conclusa con la diagnosi di dimissione e firmata dal Responsabile dell'unità operativa che ha in carico il paziente o da un suo collaboratore a ciò appositamente

delegato.

La Cartella Clinica, redatta e sottoscritta come previsto ai commi precedenti deve pervenire, entro il termine massimo di 30 giorni dalla dimissione del paziente, alla Direzione del Presidio Ospedaliero per essere inserita e custodita nell'apposito archivio centrale operante presso la medesima.

La responsabilità della conservazione della Cartella Clinica è attribuita al Responsabile dell'unità operativa fino alla consegna della stessa al citato archivio centrale; successivamente fa carico al Direttore Sanitario.

#### **Allegato 1**

#### **CAMPI COSTITUENTI IL TRACCIATO RECORD**

Di seguito si riportano, a solo titolo esemplificativo, i campi costituenti il tracciato record della Scheda di Dimissione Ospedaliera in uso in Regione Lombardia a partire dal 1/1/2000, come stabilito dal DPGR n. H/47640 del 24/11/1999 con il relativo disciplinare tecnico. La Circolare 51/san del 29.12.2000, cui si rimanda, ha modificato le modalità di trasmissione dei dati dalle strutture di ricovero e cura alla D.G. Sanità della Regione, senza introdurre cambiamenti nella tipologia o nel contenuto dei campi sottoelencati, che pertanto risultano validi alla data del Febbraio 2001.

L'elenco sottostante evidenzia le diverse informazioni (loco-temporali, anagrafiche, cliniche, ecc.) che concorrono all'identificazione del ricovero e alla corretta attribuzione del DRG ad esso correlato: tali informazioni devono essere concordanti con quanto presente nella cartella clinica del ricovero stesso.

#### **Descrizione**

Codice Struttura

Subcodice Struttura (se previsto)

Anno ricovero + n? pratica (aaaannnnnn)

Campo di riserva, riempire con Spazio

Mese e giorno di ricovero (mmgg)

Regime di ricovero

Reparto di ricovero

Sesso

Codice individuale

Luogo di nascita

Data nascita (aaaammgg)

Residenza anagrafica

Cittadinanza

Stato civile

Posizione nella professione

Provenienza paziente

Tipo di ricovero

Onere della degenza

Modalità di trauma

Data 1? trasferimento reparto (aaaammgg)

Reparto 1? trasferimento

Data 2? trasferimento reparto (aaaammgg)

Reparto 2? trasferimento

Data 3? trasferimento reparto (aaaammgg)

Reparto 3? trasferimento

Data dimissione o morte (aaaammgg)

Diagnosi principale alla dimissione

Altra Condizione patologica 1

Altra Condizione patologica 2

Altra Condizione patologica 3

Regione Lombardia

su fogli messi a disposizione o riconosciuti validi dall'Azienda

Ospedaliera e le relative annotazioni debbono essere stese, rispettando la sequenza cronologica, contestualmente agli eventi segnalati. La Cartella Clinica deve accompagnare il paziente nei trasferimenti fra unità operative dell'Azienda Ospedaliera sotto la responsabilità del Responsabile dell'unità operativa che cura il trasferimento del paziente.

La Cartella Clinica deve essere conclusa con la diagnosi di dimissione e firmata dal Responsabile dell'unità operativa che ha in carico il paziente o da un suo collaboratore a ciò appositamente delegato.

La Cartella Clinica, redatta e sottoscritta come previsto ai commi precedenti deve pervenire, entro il termine massimo di 30 giorni dalla dimissione del paziente, alla Direzione del Presidio Ospedaliero per essere inserita e custodita nell'apposito archivio centrale operante presso la medesima.

La responsabilità della conservazione della Cartella Clinica è attribuita al Responsabile dell'unità operativa fino alla consegna della stessa al citato archivio centrale; successivamente fa carico al Direttore Sanitario.

#### **Allegato 1**

#### **CAMPI COSTITUENTI IL TRACCIATO RECORD**

Di seguito si riportano, a solo titolo esemplificativo, i campi costituenti il tracciato record della Scheda di Dimissione Ospedaliera in uso in Regione Lombardia a partire dal 1/1/2000, come stabilito dal DPGR n. H/47640 del 24/11/1999 con il relativo disciplinare tecnico. La Circolare 51/san del 29.12.2000, cui si rimanda, ha modificato le modalità di trasmissione dei dati dalle strutture di ricovero e cura alla D.G. Sanità della Regione, senza introdurre cambiamenti nella tipologia o nel contenuto dei campi sottoelencati, che pertanto risultano validi alla data del Febbraio 2001.

L'elenco sottostante evidenzia le diverse informazioni (loco-temporali, anagrafiche, cliniche, ecc.) che concorrono all'identificazione del ricovero e alla corretta attribuzione del DRG ad esso correlato: tali informazioni devono essere concordanti con quanto presente nella cartella clinica del ricovero stesso.

#### **Descrizione**

Codice Struttura

Subcodice Struttura (se previsto)

Anno ricovero + n° pratica (aaaaannnnn)

Campo di riserva, riempire con Spazio

Mese e giorno di ricovero (mmgg)

Regime di ricovero

Reparto di ricovero

Sesso

Codice individuale

Luogo di nascita

Data nascita (aaaammgg)

Residenza anagrafica

Cittadinanza

Stato civile

Posizione nella professione

Provenienza paziente

Tipo di ricovero

Onere della degenza

Modalità di trauma

Data 1° trasferimento reparto (aaaammgg)

Reparto 1° trasferimento

Data 2° trasferimento reparto (aaaammgg)

Reparto 2° trasferimento

Data 3° trasferimento reparto (aaaammgg)

Reparto 3° trasferimento

Data dimissione o morte (aaaammgg)

Diagnosi principale alla dimissione

Altra Condizione patologica 1

Altra Condizione patologica 2

Altra Condizione patologica 3

Regione Lombardia

<b>SEZIONI</b>	<b>MODULI</b>	<b>DOCUMENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO</b>	<b>DOCUMENTI EDL PROCESSO ASSISTENZIALE</b>
<b>A. APERTURA DEL RICOVERO</b>	A.1 DATI AMMINISTRATIVI	1. Dati di identificazione della cartella clinica 2. Dati di identificazione della persona assistita 3. Dati amministrativi di apertura ricovero 4. Informativa e consenso d.lgs.196/2003	
	A.2 INQUADRAMENTO INIZIALE DELLA PERSONA ASSISTITA	1.	
<b>B PROCESSO DI CURA</b>	B.1 PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO DI CURA E DI ASSISTENZA		
	B.2 DECORSO DEL RICOVERO		
<b>C CHIUSURA DEL RICOVERO</b> (Dimissione della persona assistita)			
<b>D DOCUMENTI ALLEGATI</b>			

TABELLA 1