

I metodi per la prevenzione/gestione del rischio (Risk Management): informatizzazione e corretta gestione della cartella clinica e della documentazione

P. Boccalone - Dirigente Medico U.O.C. Risk Management
Vice Direttore Sanitario - AORN "S. Sebasiano" Caserta

Argomenti

- cartella clinica: caratteristiche principali ed esperienza di gestione;
- strumenti informatici per la gestione e prevenzione del rischio clinico.

I cittadini si attendono di essere trattati con rispetto come individui dotati di autonomia decisionale e di capacità critica verso qualunque autorità quando sono oggetti di scelte che li riguardano personalmente su questioni importanti (la salute è la massima priorità). Perciò gli operatori sanitari oggi hanno bisogno di migliorare la qualità e quantità della relazione con i pazienti, diventando fluenti comunicatori: lo scambio di una informazione chiara ed esauriente è sempre più il cuore della pratica clinica. Pertanto, una esauriente e ben scritta documentazione sanitaria rappresenta un prezioso ed inattaccabile strumento professionale. La buona pratica passa necessariamente anche attraverso la regolarizzazione e la rintracciabilità delle attività e la definizione delle responsabilità.

La cartella clinica (C.C.) può diventare un ele-

mento critico dell'organizzazione ospedaliera.

La C. C., infatti, deve compendiare in una registrazione scritta il complesso sequenziale ed ordinato delle singole azioni assistenziali che un insieme di operatori ben identificati ritiene di mettere in pratica per assicurare al meglio la prevenzione e/o diagnosi e/o terapia e/o riabilitazione di ciascun paziente sulla base del più valido apporto scientifico, tecnico ed economico esistente al momento della degenza.

È necessario, pertanto, strutturare, redigere, comporre e custodire la c. c. in modo preciso, organizzato e completo in rapporto all'evoluzione della medicina: gestione della cartella clinica. Costituisce puntuale obbligo per la Struttura sanitaria un costante adeguamento della gestione di tale documento.

Matrice delle responsabilità

R= responsabile azione;

C= collaboratore

A= approvazione

*relativamente alla scheda infermieristica ed alla documentazione pertinente (cartella termometrica, scheda della terapia, ...).

	Revisione procedura	Predisposizione modelli	Compilazione cartella	Archivio reparto	Archivio centrale
Direttore M. del P.O.	R	R			R
Dirigenti M. della DMPO	C	C			C
Ufficio archivio					R
CUP		C			
Direttoni UU.OO.	C	R	R	R	
Dirigenti Medici UU.OO.			R	C	
Capisala UU.OO.*			R	R	
Infermieri UU.OO.*			R		

* relativamente alla scheda infermieristica ed alla documentazione pertinente (cartella termometrica, scheda della terapia, ...).

I documenti e le informazioni riportate in Cartella clinica devono rispondere a criteri di: rintracciabilità, chiarezza, veridicità, pertinenza, completezza, ordine. Per rintracciabilità s'intende la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali ed ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita.

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

- il momento dell'accadimento con data e ora;
- gli autori con firma leggibile (nome e cognome riconoscibili);
- le modalità tecniche di erogazione delle prestazioni.

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

La chiarezza riguarda la grafia e l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella clinica: medici, ed altri professionisti sanitari.

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

Veridicità

Tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi. Non va mai usato il correttore (bianchetto) e non sono consentite cancellazioni con gomma.

Per errori commessi all'atto della stesura è necessario circoscrivere l'errore con due parentesi, numerarlo e riportare a piè di pagina il numero con la dicitura "Leggasi o Dico" e scrivere la correzione apportata, quindi apporre firma, data e timbro. Per errore od omissione rilevati in epoca successiva è necessario porre un'annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata da data di stesura e firma dell'estensore.

Controlli interni

- Direttore di U.O.;
- La Direzione Medica del P.O.

Conservazione e archiviazione

È responsabile della conservazione fino all'invio presso l'archivio sanitario il Direttore di

