

## 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

Griglia di valutazione della cartella Clinica n°

N° Elementi della cartella clinica

Presente Non presente Non Completo Non leggibile Redattore non identificato

SOLLA APERTURA RICOVERO
Indirizzo: ...
Data di nascita della cartella clinica: ...
L'Amministrazione dell'ospedale provvede: ...

U.O. Tale responsabilità è condivisa con i Dirigenti medici dell'U.O. e con il personale infermieristico che la utilizza. Pervenuta all'Archivio ne è responsabile il Direttore Sanitario

Prontuario di scarto

Qualora una cartella clinica (o qualsiasi altra documentazione sanitaria: radiografie, elettrocardiogrammi, ecc.) sia smarrita prima della consegna alla Direzione Sanitaria è fatto obbligo al Responsabile medico dell'U.O. di effettuare la denuncia di smarrimento presso gli Organi di Polizia e consegnare copia della denuncia alla Direzione Medica del P.O..

In caso di smarrimento dopo il conferimento all'archivio centrale, è compito del Direttore Medico del P.O. di effettuare la denuncia ai competenti Organi di Polizia.

Alienazione

L'obbligo della conservazione comporta la necessità di osservare alcune procedure per l'alienazione del materiale documentale. Le procedure sono diverse se l'alienazione riguarda sottrazioni, smarrimenti o distruzione e per le quali si possa configurare un reato contro il patrimonio, oppure se consegue alla cessazione dell'attività sanitaria del presidio e pertanto si configura come la necessità di assicurare la continuità della conservazione

Sottrazione, smarrimento, distruzione

- catalogare la documentazione resa indisponibile;
- presentare denuncia alla Autorità Giudiziaria;
- predisporre gli interventi di recupero del materiale documentale che presenti parziale azione di distruzione;
- predisporre gli interventi per recupero dei dati di laboratorio, radiologici, e di sala operatoria, dei servizi di diagnosi e cura, del registro nosologico e quant'altro utile per duplicazione delle notizie della CC .

Cessazione di attività

- verificare e catalogare la documentazione clinica da alienare;
- presentare segnalazione alla Sovrintendenza Archivistica competente territorialmente.

Perché informatizzare la documentazione sanitaria? L'informatica sanitaria (I. S.) si può definire come l'insieme delle tecnologie capaci di automatizzare ed ottimizzare la gestione sia del processo diagnostico, terapeutico e riabilitativo che delle attività amministrative.

Con l'I. S. si vuole far circolare le informazioni, rendendole disponibili a tutti gli utenti e nel-contempo permettendo di effettuare ricerche anche complesse , per esempio individuare fattori causali legati ad un determinato fenomeno e/o reazione avversa.

L'accesso rapido a tali informazioni permette a chi ha il compito di trarre da esse conclusioni diagnostiche e terapeutiche di farlo correttamente e rapidamente.

Limiti

- Validità dei dati;
- Accesso ai dati;

La validità delle informazioni a disposizione deve essere verificata e confermata prima del loro utilizzo o della loro archiviazione in una banca dati dalla quale potranno essere richiamate per le varie elaborazioni.

L'accesso ai documenti deve essere graduato e mirato alla effettiva necessità di compilazione o di consultazione degli operatori. L'inserimento o la cancellazione dei dati devono essere preventivamente autorizzate.

Quale aspettative per i medici?

- creazione di una banca dati per la gestione del paziente
- costituzione di sistemi per l'informazione clinica. Banca dati: per seguire in modo integrato i contatti degli utenti con la struttura ospedaliera nel tempo e dettagliatamente
- accettazione sanitaria ed amministrativa
- esecuzione e registrazioni di esami diagnostici
- cartella clinica
- interpretazione automatica di esami (es.ECG)
- referti clinici guidati automaticamente
- lettere di dimissione
- fattori di rischio individuali dei pazienti
- statistiche per esempio sui casi e sugli operatori.
I sistemi per l'informazione clinica permettono di facilitare le decisioni mediche e di supportare l'attività di ricerca scientifica e di didattica (diagnosi assistita, controllo di elementi del processo terapeutico, didattica interattiva).