

Corso di Formazione Aziendale :

COMPILAZIONE E VERIFICA DELLA CARTELLA CLINICA: REQUISITI DI QUALITA' E PROFILI DI RESPONSABILITA'

Rieti

Prima edizione

09 Giugno 2016

Seconda edizione

14 Giugno 2016

***Dr.ssa Manuela Serva
Responsabile UOSD Risk Management e Qualità***

GRUPPO 2 – CONSENSO INFORMATO/CARTELLA CLINICA

*Componenti: Serva (coordinatrice); Straccamore; Alfonsi; Reveruzzi;
D'Agostino; Tripodi; Parmigiani; Greghini; Di Gregorio; Bombelli; Veneziano*

Mandato: Sulla base della normativa vigente (nazionale e regionale) nonché delle prassi eventualmente consolidate a livello aziendale, il gruppo dovrà elaborare

1. Un documento di indirizzo da proporre alla Regione per la successiva adozione che definisca i criteri da rispettare per la costruzione di un consenso informato esaustivo/valido.
2. Un documento di indirizzo che definisca i criteri minimi di qualità della cartella clinica. Il documento dovrà anche esplicitare i profili di responsabilità della corretta compilazione della CC (sottolineandone il valore documentale di atto *fide facente*) e le possibili conseguenze legate alla mancata/parziale applicazione di documenti/checklist/modelli adottati a livello aziendale, ove questo avvenga senza valida e documentata motivazione. Nel documento dovrà essere descritta la modalità di correzione dei contenuti della documentazione sanitaria al fine di non configurare un comportamento negligente con quanto ne consegue in termini di colpa grave e danno erariale.
3. Uno strumento (griglia/checklist) di autovalutazione della CC da compilarsi a cura del primario prima della chiusura, in modo da verificarne la completezza

CARTELLA CLINICA

***QUALITA', COMPLETEZZA E PROFILI DI
RESPONSABILITA'***

DOCUMENTO DI INDIRIZZO



LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO

- 1. PREMESSA***
- 2. DEFINIZIONI***
- 3. FUNZIONI***
- 4. FORMATO***
- 5. REQUISITI DI CONTENUTO***
- 6. REDAZIONE E CONSULTAZIONE***
- 7. ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA***
- 8. VALUTAZIONE***

LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO

9. TUTELA DELLA RISERVATEZZA

10. CONSERVAZIONE

***11. NATURA GIURIDICA E PROFILI DI
RESPONSABILITA'***

12. SCHEDA DI SOCCORSO ARES 118

13. RIFERIMENTI NORMATIVI

14. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

FUNZIONI

- **FORNIRE UNA BASE INFORMATIVA PER DECISIONI CLINICO ASSISTENZIALI**
- **TRACCIARE LE ATTIVITA' SVOLTE**
- **FACILITARE L'INTEGRAZIONE DI COMPETENZE MULTIPROFESSIONALI**
- **COSTITUIRE UNA FONTE INFORMATIVA**
- **PERMETTERE L'ESERCIZIO DEI DIRITTI E LA TUTELA DEGLI INTERESSI DEI PAZIENTI, DEGLI OPERATORI , DELL' AZIENDA**

REQUISITI DI CONTENUTO

- **TRACCIABILITA'** (LA CORREZIONE DEGLI ERRORI – LE MODALITA')
- **CHIAREZZA** (GRAFIA - ESPOSIZIONE)
- **ACCURATEZZA** (I PASSAGGI CLINICO ASSISTENZIALI)
- **VERIDICITA'**
- **ATTUALITA'** (LA REGISTRAZIONE CONTESTUALE ALL'EVENTO)
- **PERTINENZA** (DATI PERTINENTI – COMPLETI NON ECCEDENTI)
- **COMPLETEZZA** (il documento lacunoso “è indice di un comportamento assistenziale costantemente negligente ed imperito” e le omissioni imputabili al medico nella redazione della cartella clinica hanno rilevanza come nesso etiologico presunto, con possibilità che in sede di giudizio si possa ricorrere a “presunzioni logiche” come fonti di prova.) - **APPLICAZIONE CHECK AUTOCONTROLLO**

REDAZIONE E CONSULTAZIONE

Hanno titolo a redigere documenti di cartella:

- ***i professionisti sanitari*** che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni in favore dello stesso (medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche ecc.);
- ***ulteriori figure*** (assistenti sociali, personale amministrativo, operatori di supporto, ecc.), compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente e da discipline regolamentari interne alle strutture di ricovero, che pongano in essere attività connesse con il paziente;
- ***personale in formazione***, se - ed entro il limite - consentito dalla disciplina di settore.
- ***Consultazione*** presa di conoscenza di elementi di contenuto della cartella per finalità di tutela della salute dell'assistito, formazione, verifiche interne o esterne (di qualità, appropriatezza , statistica etc etc);

ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA

Essa sarà costituita dalla documentazione sanitaria prodotta durante il ricovero, potendo ciò comportare la presenza in un unico contenitore delle cartelle cliniche compilate dai singoli reparti nei quali il paziente è stato ospitato negli eventuali trasferimenti interni.

ALLEGATO 1

ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVA A RICOVERO ORDINARIO

A. APERTURA RICOVERO

- A.1 DATI AMMINISTRATIVI (ACCETTAZIONE)
- A.2 PRESA IN CARICO – INQUADRAMENTO CLINICO/INFERMIERISTICO

B. PROCESSO DI CURA

- B.1 DIARIO
- B.2 DOCUMENTAZIONE ATTIVITÀ:
 - TERAPIA FARMACOLOGICA
 - TERAPIA CHIRURGICA
 - ATTIVITÀ ASSISTENZIALE
 - DOCUMENTAZIONE DI RISCHIO CLINICO

C. CHIUSURA RICOVERO

- C.1 DIMISSIONE
- C.2 VALUTAZIONE FINALE INFERMIERISTICA
- C.3 COMPILAZIONE SDO
- C.4 ALLEGATI

D. ARCHIVIAZIONE E CONSERVAZIONE

VALUTAZIONE

- ***COMPLETEZZA***
- ***QUALITA'***

COMPLETEZZA :
CHI NE E' GARANTE ?
IL DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE DI UO

QUALITA' :
CHI NE E' GARANTE ?
IL DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE DI UO

**N.B.: TUTTI GLI OPERATORI COINVOLTI SONO
CHIAMATI A GARANTIRE COMPLETEZZA E QUALITA'**

COMPLETEZZA :
CON QUALE STRUMENTO ?
CHECK DI AUTOCONTROLLO

QUALITA' :
CON QUALE STRUMENTO ?
**GRIGLIA *validata nel progetto regionale "La
valutazione della Cartella Clinica come strumento di
Risk Management"***

CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA	SI	NO	NA
FRONTESPIZIO E IDENTIFICAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA			
DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO			
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E AL DOSSIER SANITARIO			
INFORMATIVA E DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ DELL'ASSISTITO			
PROPOSTA DI RICOVERO(ED ACCETTAZIONE)			
ANAMNESI			
ESAME OBIETTIVO			
DIARIO CLINICO			
CARTELLA INFERMIERISTICA /OSTETRICA			
SCHEDA VALUTAZIONE DOLORE			
SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO L.D.P.			
SCHEDA DI GESTIONE DEI DISPOSITIVI			
SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTE			
SCHEDA NUTRIZIONALE			
SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO TROMBOEMBOLICO			
SCHEDA UNICA DI TERAPIA			

VALUTAZIONE

CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA	SI	NO	NA
GRAFICA DEI PARAMETRI VITALI			
PRESCRIZIONI E RICHIESTE DI TRATTAMENTO/CONSULENZE			
REFERTI DEBITAMENTE SOTTOSCRITTI			
DOCUMENTAZIONE RELATIVA A SPERIMENTAZIONI CLINICHE			
CHECK-LIST DI SALA OPERATORIA			
VERBALE OPERATORIO			
DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA			
SCHEDA DI REGISTRAZIONE TRASFUSIONE			
ETICHETTE SACCHE TRASFUSE			
RELAZIONI DI TRASFERIMENTO			
VALUTAZIONE FINALE			
LETTERA DI DIMISSIONE			
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA(SDO) COMPILATA			
CORRISPONDENZA TRA NUMERO DI INTERVENTI/PROCEDURE INVASIVE/ANESTESIA/ EMOTRASFUSIONI E NUMERO DI CONSENSI			
OGNI ALTRO DOCUMENTO EMESSO IN OCCASIONE DELL'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO RELATIVO AL RICOVERO, COMPRESI ACCERTAMENTI E PRESTAZIONI ESEGUITI IN FUNZIONE DEL RICOVERO			

TUTELA DELLA RISERVATEZZA

- ❑ L'**AZIENDA** mantiene la **protezione** e la **riservatezza** di dati e delle informazioni sensibili nel rispetto della normativa che disciplina la tutela della privacy (Dlgs 196/2003) , attraverso gli strumenti da essa indicati;
- ❑ I documenti sanitari contengono **dati personali** ascrivibili alla categoria dei dati sensibili;
- ❑ E' riconosciuto il diritto dell'interessato della **tutela della riservatezza** dei propri dati attraverso la informativa, necessariamente scritta (modulo privacy);

NATURA GIURIDICA E PROFILI DI RESPONSABILITA'

La Cartella Clinica redatta dal Medico di un pubblico ospedale costituisce un **ATTO PUBBLICO** ai sensi dell'art. 2699 c.c. e come tale fa piena prova, fino a querela di falso della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti.

PROFILI DI RESPONSABILITÀ: una irregolare gestione (compilazione, conservazione) costituiscono elementi di censura della condotta professionale costituendo possibili danni erariali in capo all'Azienda e/o possibili conseguenze negative in capo al paziente risarcibili in ambito civile.

FALSO MATERIALE : ogni successiva alterazione del contenuto della cartella clinica che viola il carattere di definitività della compilazione di ogni singola annotazione, come pure l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante, che viola l'obbligo di contestualità della compilazione.

FALSO IDEOLOGICO: ogni attestazione di fatti non rispondenti a verità, come la registrazione di accertamenti diagnostici o di terapie diversi da quelli realmente effettuati, ovvero la mancata segnalazione di attività compiute.

OBBLIGO DEL RISPETTO DEL SEGRETO PROFESSIONALE

OBBLIGO DI ADOZIONE DI MISURE MINIME DI SICUREZZA SIA DI TIPO GENERALE CHE DI CARATTERE SPECIFICO (Dossier Sanitario e Fascicolo elettronico) - **(PRIVACY)**

LA CARTELLA CLINICA QUALE STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT

- La **Analisi** della integrazione dei professionisti nel processo assistenziale
- La **Qualità** della comunicazione fra i professionisti
- La **Appropriatezza** delle cure rispetto agli standard
- La **Aderenza** delle organizzazioni alle procedure
- I Livelli di formazione
- Le **Analisi** per la responsabilità professionale “le carenze” per la gestione del Contenzioso
- Il **Controllo** delle Infezioni Ospedaliere
- L’**Accreditamento** Istituzionale

Le Anomalie Ciò che va evitato	Possibili conseguenze
Scarsa leggibilità	Difettosa ricostruzione del caso clinico, e criticità a sostenere una corretta strategia preventiva.
Abbreviazioni improprie	Errori di interpretazione.
Omissioni	Il magistrato può essere indotto a pensare che siano intenzionali.
Acronimi	Implementano la possibilità di errore. Acronimi si; ma quelli codificati

<p>Le Anomalie Ciò che va evitato</p>	<p>Possibili conseguenze</p>
<p>Generalizzazioni</p>	<p>Disorientano. – uso di frasi chiare e significative sugli accadimenti con particolare riguardo alla attualità anamnestica</p>
<p>Frase positive / negative</p>	<p>Soprattutto nel decorso atipico; non scrivere solo quello che il paziente “ha”, ma anche quello che “non ha”.</p>
<p>Annotazioni postume</p>	<p>E’ necessario trascrivere immediatamente gli eventi in modo da poterne precisare correttamente l’epoca.</p>

<p>Le Anomalie Ciò che va evitato</p>	<p>Possibili conseguenze</p>
<p>Correzioni improprie</p>	<p>La correzione deve essere chiaramente visibile, a evitare di indurre sospetti di “falso materiale” o di “falso ideologico”.</p>
<p>Opinioni personali</p>	<p>Sono da evitare, soprattutto quando emergono contrasti col paziente o coi parenti: annotare eventuali frasi “tra virgolette”, senza alcun commento.</p>
<p>Insinuazioni inopportune</p>	<p>E’ da proscrivere qualsiasi insinuazione su procedure eseguite da colleghi, lesiva della professionalità dei medesimi, e molto preoccupanti in caso di contenzioso</p>

ANALISI DELLA LA CARTELLA E IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI REATTIVE E PROATTIVE PER IL RISK MANAGEMENT

- 1. *FORMAZIONE*** (dalla **corretta compilazione** alla **stesura delle relazioni** in caso di contenzioso, comunicazione, cultura del TEAM)
- 2. *ADDESTRAMENTO***
- 3. *REVISIONE*** di procedure obsolete e/o ridondanti
- 4. *INDAGINI*** di Prevalenza
- 5. *CRITICITA'*** sulla integrazione fra le diverse sicurezze
- 6. Altro**

A full, complete and accurate **medical record is the physician's best defense** against a malpractice claim.

Completeness, objectivity, consistency and ***accuracy*** are four components of a good medical record.

Bad records make good look bad, bad care look worse and **can make a case indefensible.**

[**Gay P. Kraus: Health Care
and Risk Management**]