


 Fondazione IRCCS
 Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario

 Regione
 Lombardia



2 maggio - 6 giugno - 7 settembre - 3 ottobre 2017

Aspetti medico legali della documentazione clinica ospedaliera

La cartella clinica in uso in Fondazione come strumento di lavoro: domande e risposte

Giuseppina Grugnetti, Direttore SITRA
 Antonella Riva, Responsabile ff. Qualità e Risk Management - URP

Come il valore delle relazioni multiprofessionali è rappresentato nella documentazione sanitaria e socio-sanitaria?

Monica Casati Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo - Direzione delle Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo
 Coordinamento regionale Collegi IPASVI Regione Lombardia

Giusi Grugnetti - Corso formativo documentazione sanitaria

valore delle relazioni multiprofessionali

- professioni sanitarie e sociali
- professioni - discipline
- multi/inter professionalità/disciplinarietà

in risposta alle necessità della collettività

- multidimensionalità dei processi di cura
- efficacia-efficienza-sostenibilità delle cure

evoluzione storica della continuità e dell'ampiezza della presa in carico

Integrazione professionale

Dimensioni socio-culturali dei professionisti

Dimensioni organizzative e manageriali

Dimensioni metodologiche strumentali e tecnologiche

Elementi favorenti ed ostacolanti

Priorità storiche sanitarie e sociali

soddisfazione

esiti

Giusi Grugnetti - Corso formativo documentazione sanitaria

valore delle relazioni multiprofessionali

Le prestazioni sociosanitarie “sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione”

Tipologia delle prestazioni sociosanitarie:

1. *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*

2. *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*

3. *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*

art. 3 septies, c.1 del D.Lgs. n. 229/1999

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Condizioni necessarie per l'integrazione professionale

- la costituzione di unità valutative integrate,
- la gestione unitaria della documentazione,
- la valutazione dell'impatto economico delle decisioni,
- la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato,
- la continuità terapeutica tra ospedale e distretto,
- la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali,
- la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento,
- l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

SIQuAS, Age.na.s

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

valore delle relazioni multiprofessionali

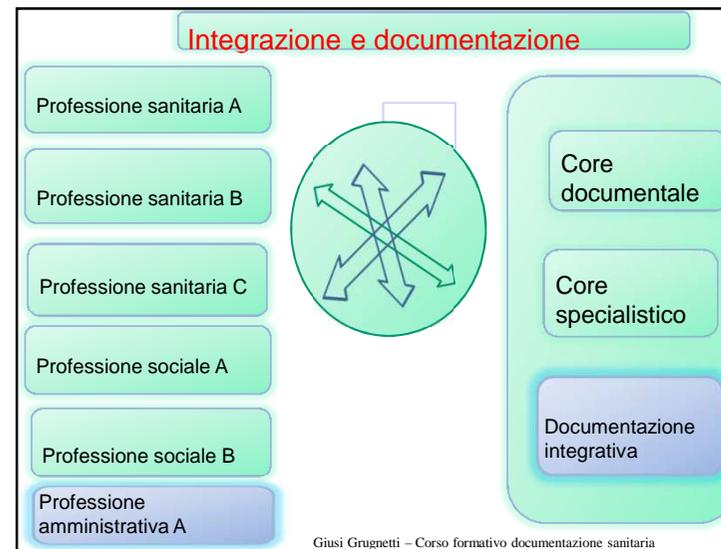
Integrarsi vuole anche dire
mantenere chiare le differenziazioni
dei ruoli e delle discipline,
perché è in esse che si esprime
la multidimensionalità della presa in
carico, di cui gli assistiti necessitano e
che le risorse impongono

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

valore delle relazioni multiprofessionali

Il tema del rapporto tra “specializzazione” e
“considerazione unitaria e complessiva”
della persona che ha esigenze di salute,
è aperto sul piano scientifico della ricerca
di procedure o metodiche assistenziali, forme di
consultazione, organizzazione interdisciplinare
dell'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa

Elio Borgonovi in Risultati dal Laboratorio di Ricerca
Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure,
FIASO e CER GAS Università Bocconi, 2008, 2012



**STRUMENTI DI INTEGRAZIONE
NELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA**

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

- Strumenti professionali per governare la responsabilità e favorire l'integrazione:**
- Cartella infermieristica
 - Linee guida
 - Protocolli
 - Procedure
 - Istruzioni Operative
 - Raccomandazioni

Cosa è la cartella clinica?

- Per la Regione Lombardia (Manuale della Cartella Clinica, 2° Edizione - 2007), è il " fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico-assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato".
- Le Linee Guida ministeriali 17 giugno 1992 (sulla SDO), la definiscono "il chi, cosa, perché, quando e come dell'assistenza al paziente nel corso dell'ospedalizzazione".

La cartella infermieristica:

strumento destinato alla singola persona e include la pianificazione assistenziale in tutte le sue fasi; deve avere un modello concettuale di riferimento e la definizione del metodo che si intende utilizzare: elementi indispensabili per intendere in modo unanime l'oggetto e il soggetto delle registrazioni. Il modello concettuale adottato, indipendentemente da quale esso sia, va esplicitato e vanno evitati gli "aggiustamenti" dei modelli per renderli più adeguati alla realtà assistenziale in cui si opera.

Giusi Grugnetti - Corso formativo documentazione sanitaria

La cartella infermieristica

Gli elementi costitutivi di una cartella infermieristica sono:

- valutazione/raccolta dati
- identificazione del bisogno di assistenza infermieristica/ della diagnosi infermieristica/del problema
- definizione degli obiettivi
- prescrizione degli interventi
- scelta/attuazione degli interventi/azioni
- valutazione

Giusi Grugnetti - Corso formativo documentazione sanitaria

Funzioni della Cartella Infermieristica

- Documentare il ricovero del paziente in ospedale, il **processo assistenziale** realizzato, il decorso della degenza ed i risultati che si evidenziano
- Identificare e quindi consentire la rintracciabilità di tutte le **attività svolte durante il ricovero, della data di esecuzione, degli operatori sanitari coinvolti, dei documenti allegati, dei responsabili degli atti compiuti.**
- Fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali e per garantire la continuità assistenziale.
- Consentire l'integrazione di competenze polifunzionali nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Giusi Grugnetti - Corso formativo documentazione sanitaria

FUNZIONI

- a. Costituire una base informativa per la ricerca clinica e la formazione degli operatori sanitari.
- b. Fornire elementi per valutare l'appropriatezza del ricovero e la qualità dell'assistenza erogata.
- c. Tutelare gli interessi legali del paziente, dell'azienda e degli operatori.
- d. Fornire dati per:
 - l'analisi della gestione
 - la pianificazione sanitaria aziendale e regionale
 - il finanziamento del ricovero
 - le procedure giudiziarie e medico-legali

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

LA STRUTTURA DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA:

RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

STRUTTURA:

FORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI/INTERVENTI INFERMIERISTICHE/I

ATTUAZIONE INTERVENTI INFERMIERISTICI - DIARIO INFERMIERISTICO

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Che tipo di dati contiene?

- A fini sanitari e gestionali, la cartella clinica contiene diverse tipologie di dati, necessari ad identificare: l'Ospedale, la Unità Operativa, la cartella stessa ed il suo contenuto; il ricovero, il regime, il tipo e l'onere dello stesso; la sua durata e la conclusione (date di ingresso e di dimissione/trasferimento/decesso); la persona ricoverata, il medico curante, la/e persona/e di riferimento; le informazioni, sanitarie e non, pregresse ed attuali, di interesse sanitario, relativamente all'interessato, agli ascendenti e discendenti; le prestazioni diagnostico-terapeutiche (diagnosi e procedure), il processo di rilevazione dei bisogni, di pianificazione e di esecuzione delle attività di assistenza, di valutazione dei risultati.
- A fini sanitari e gestionali, i dati clinici contenuti nella cartella clinica sono indispensabili per valutare:
 - il processo "diagnostico";
 - il processo di assistenza e di cura;
 - il decorso della malattia e delle condizioni generali; i risultati delle "cure" prestate;
 - il livello di integrazione di differenti competenze;
 - la corretta attribuzione delle responsabilità decisionali;
 - l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni.

Di quale professionista è lo strumento di lavoro?

- Fonti normative vigenti
 - L. 26 febbraio 1999, n.42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"
 - L. 10 agosto 2000, n.251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica"
 - Codice di Deontologia Medica (18 maggio 2014)
 - Codice Deontologico dell'Infermiere (gennaio 2009)
 - Codice Deontologico dell'Ostetrica (5 luglio 2014)
 - Codice Deontologico TSRM (2004)

- **L'art.1 della L. 42/99** sancisce l'esistenza di sole "professioni sanitarie", non più suddivise, nel T.U.LL.SS., in principali ed ausiliarie ed abroga il D.P.R. 225/74 (eccetto il Titolo V, inerente il mansionario dell'I.G.).
- Il campo di attività e di responsabilità dell'Infermiere è, quindi, da ricondursi al profilo professionale, all'ordinamento didattico ed al Codice Deontologico.
- Ciò "fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario, per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali". Da cui il reato (art. 348 c.p.) di abusivo esercizio di una professione intellettuale, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato.

GIUSTIFICAZIONE NORMATIVA DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

1.

1. DPR 225/74:"... registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio ..." (art. 1, punto b); "...tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente ..." (art. 1, punto e).
2. DPR 384/90: "... deve attuarsi un modello di assistenza infermieristica che ... consenta ... anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica , un progressivo miglioramento dell'assistenza al cittadino ..." (art. 57, lett. d);

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

3. Nomenclatore Tariffario Minimo Nazionale: voce 003T "... elaborazione e gestione del dossier di assistenza",
4. DM 739/94: "... l'infermiere: a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche ...";

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

5. DPR 37/97: "... devono essere predisposte con gli operatori delle linee guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità ...";

6. STANDARD DELLA JCAHO riferiti alla documentazione infermieristica: "NC1: i clienti ricevono un'assistenza infermieristica basata su una valutazione scritta dei propri bisogni"; "NC5: il caposala e gli altri dirigenti infermieristici partecipano ai processi decisionali insieme agli altri dirigenti dell'ospedale";

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

7. DM 24.7.96: Tabella b, Standard formativo pratico e di tirocinio: "... lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve: ... essere in grado di ... pianificare, fornire, valutare l'assistenza infermieristica rivolta a persone sane e malate, sia in ospedale che nella comunità ... ; ... analizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità applicabile; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative ...";

8. CODICE DEONTOLOGICO "... l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi";

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

9. LEGGE 42/99: "2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 ... Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici ..." (art. 1, comma 2).

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

- Per il **D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali"**, (entrato in vigore l'1 gennaio 2004, abrogando tutta la precedente normativa al proposito emanata), i dati contenuti nella cartella clinica sono riconducibili (art. 4), alla categoria di
- **Dato personale** – qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.
- **Dati identificativi** - i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato.

- **Dato anonimo** – il dato che in origine, o a seguito di trattamento, non può essere associato ad un interessato (la persona, fisica/giuridica, l'ente/associazione cui si riferiscono i dati personali), identificato od identificabile.
- **Dati sensibili** – i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali **idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.**

Come devono essere trattati i dati?

I dati identificativi della persona e della sua storia clinica sono da considerare riservati.

Al proposito, il **Codice di Deontologia Medica,**

- **Art. 10 Segreto professionale**
- **Art. 11 Riservatezza dei dati personali**
- **Art. 12 Trattamento dei dati sensibili**
- **Art. 24 Certificazione**
- **Art. 25 Documentazione sanitaria**

.....

Art. 26 Cartella clinica

Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.

Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione.

Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.

Come devono essere trattati i dati?

- Al proposito, il **Codice di Deontologia degli Infermieri (CDI)** raccomanda la tutela della riservatezza delle informazioni relative alla persona ed il rispetto del segreto professionale, non solo come obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui, sottolineando il dovere di limitarsi a ciò che é pertinente all'assistenza, nella raccolta, nella gestione e nel passaggio dei dati (artt. 26 e 28).
- Vincolo davvero cogente e determinante, ma affatto esaustivo, rispetto all'obbligo di tutela della riservatezza.

La tutela della riservatezza è, infatti, dominio più ampio del segreto professionale, poiché il diritto alla "privacy" - cioè a non subire interferenze nella propria vita privata - è un "**diritto della personalità**", che protegge la persona nei suoi valori essenziali.

A partire dalla **Costituzione**, che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo ... nelle formazioni sociali, ove si svolge la sua personalità ... (art.2).

Costituzione che, allo stesso modo, riconosce pari dignità sociale ai cittadini, eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali (art.3).

Che sancisce l'inviolabilità del domicilio (art.14), della libertà e della segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione (art.15).

Per continuare con il Codice Penale, che punisce come reato la rivelazione sia di segreti di ufficio (art.326), sia di segreto professionale (art.622).

- Il diritto alla protezione dei dati personali, quale prerogativa fondamentale della persona, è sancito nell'art. 8 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea del 7 dicembre 2000.
- In questo senso, è stato introdotto nel **D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali"** (entrato in vigore l'1 gennaio 2004, abrogando tutta la precedente normativa al proposito emanata, così come aggiornato da successive integrazioni e modificazioni), quale diritto **AUTONOMO E DISTINTO** rispetto al diritto alla riservatezza.

- Il **Codice in materia di protezione dei dati personali** (D.Lgs.196/2003), definisce "**trattamento**" (art.4) qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la **consultazione**, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati.

- **Chiunque** ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano (art.1).
- **Finalità** – garantire il trattamento nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale ed al diritto alla protezione dei dati personali (art.2).
- **Principio di necessità** nel trattamento dei dati – I sistemi informativi ed i programmi informatici sono configurati in modo da escludere il trattamento di dati personali ed identificativi, quando le finalità perseguite possono essere realizzate mediante dati anonimi od opportune modalità che permettono di identificare l'interessato solo in caso di necessità (art.3).

I **dati personali** oggetto di trattamento sono:

- trattati in modo lecito e secondo correttezza;
- raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, utilizzati in altre operazioni in termini compatibili con gli scopi del trattamento;
- **esatti** e, se necessario, aggiornati;
- **pertinenti, completi e non eccedenti** rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati;
- conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e successivamente trattati (art.11).

SOGGETTI PUBBLICI

- Qualunque trattamento di **dati personali** è consentito **solo** per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (art. 18).
- Il trattamento di **dati sensibili** è consentito **solo** se autorizzato da espressa disposizione di legge, che specifica i tipi di dati, le operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite (art.20).
- **Se** la normativa specifica le sole finalità, il trattamento è consentito soltanto in riferimento ai tipi di dati e di operazioni identificati, aggiornati periodicamente e resi pubblici, a cura dei soggetti che ne effettuano il trattamento, mediante atto di natura regolamentare.

Ciò in relazione alle specifiche finalità perseguite nei singoli casi ed applicando i seguenti principi (art.22):

- scegliere modalità volte a prevenire violazioni dei diritti, della dignità e delle libertà fondamentali dell'interessato;
- nel fornire l'**informativa**, fare espresso riferimento alla normativa che prevede compiti ed obblighi, in base ai quali è effettuato il trattamento dei dati sensibili (e giudiziari);
- trattare solo i dati sensibili (e giudiziari) indispensabili per le attività istituzionali, che non possono essere svolte trattando dati anonimi o dati personali di natura diversa;
- di regola, raccogliere presso l'interessato i dati sensibili (e giudiziari);

- **verificare periodicamente** esattezza, pertinenza, completezza, non eccedenza, indispensabilità ed aggiornamento dei dati sensibili (e giudiziari) rispetto alle finalità perseguite, valutando specificamente il rapporto tra dati ed adempimenti, specie se i dati riguardano soggetti diversi da quelli cui si riferiscono prestazioni od adempimenti. I **dati eccedenti**, non pertinenti/indispensabili non possono essere utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, del documento che li contiene;

- Ancora, i **dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale** sono conservati separatamente da altri dati personali (trattati per finalità che non richiedono il loro utilizzo) e trattati con modalità adatte a renderli temporaneamente intelligibili anche a chi è autorizzato all'accesso, nonché ad identificare gli interessati solo in caso di necessità;
- i **dati idonei a rivelare lo stato di salute** non possono essere diffusi.

- trattare i **dati sensibili** (e giudiziari) contenuti in elenchi, registri/banche di dati, gestiti con strumenti elettronici, con tecniche di cifratura o codici identificativi, che li rendano temporaneamente intelligibili anche a chi è autorizzato all'accesso e permettano di identificare gli interessati solo in caso di necessità;
- rispetto ai **dati sensibili** (e giudiziari), i soggetti pubblici possono effettuare le sole operazioni indispensabili per perseguire le finalità per le quali il trattamento è consentito, anche quando i dati sono raccolti per svolgere compiti di vigilanza, di controllo od ispettivi;
- i **dati sensibili** (e giudiziari) non possono essere trattati nell'ambito di test psicoattitudinali, volti a definire il profilo o la personalità dell'interessato.

SOGGETTI CHE EFFETTUANO IL TRATTAMENTO

- **Titolare** - L'entità nel suo complesso, che esercita un potere decisionale autonomo sulle finalità e sulle modalità del trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza (art.28).
- **Responsabile** - Nomina facoltativa, di 1/+ persone, scelte tra chi, per esperienza, capacità ed affidabilità, fornisca idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni. effettua il trattamento attenendosi alle istruzioni impartite ed ai compiti, analiticamente specificati per iscritto, dal titolare, che vigila sulla puntuale osservanza delle proprie disposizioni, anche tramite verifiche periodiche (art.29).

- **Incaricati** - Chi effettua uno/+ trattamenti; DEVE essere designato dal titolare/responsabile, con atto scritto che individui puntualmente gli ambiti consentiti (art.30).
- Si considera pari a detta designazione la documentata preposizione della persona fisica ad una Unità Operativa, per la quale è individuato, per iscritto, l'ambito del trattamento consentito agli addetti della U.O. medesima.
- Gli incaricati operano sotto la diretta autorità del titolare o del responsabile, attenendosi alle istruzioni impartite.

Trattamento di dati personali in ambito sanitario (TITOLO V, artt. 75-94)

- Anche nell'ambito di una attività di rilevante interesse pubblico, gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici trattano i **dati personali idonei a rivelare lo stato di salute** con l'obbligo di fornire all'interessato l'**informativa scritta** e di raccogliere il **consenso**, avvalendosi di modalità semplificate ed annotandoli con modi uniformi e tali da permettere una verifica al riguardo da parte di altre Unità Operative che, anche in tempi diversi, trattano dati relativi al medesimo interessato (artt.76-81).
- **Informativa e consenso** possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, in caso di:

- emergenza sanitaria o di igiene pubblica;
- **impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere dell'interessato**, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un **prossimo congiunto**, da un **familiare**, da un **convivente** o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;
- rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute e l'incolumità fisica dell'interessato;
- prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia (art.82).

- Modalità semplificate: in riferimento a pluralità di prestazioni, erogate anche da U.O. diverse dell'organismo sanitario.
- Il **consenso** può essere manifestato in un'unica dichiarazione, anche orale. In questo caso, il consenso è documentato con annotazione dell'esercente/organismo sanitario.
- Questo, quindi, rende conoscibile l'avvenuta informativa ed il consenso con modalità uniformi, anche attraverso menzione, annotazione od apposizione di bollino/tagliando sulla tessera sanitaria o sulla carta elettronica.

- In ottemperanza ai disposti degli artt. 26, 40, 76 ed 85 del Codice, il **Garante** per la protezione dei dati personali rinnova periodicamente l'Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (**Autorizzazione n.2/2016**), avente efficacia sino al 24 maggio 2018.

L'autorizzazione è rilasciata a: medici, farmacisti, odontoiatri, psicologi ed agli altri esercenti le professioni sanitarie iscritti in albi od elenchi; al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, che esercita l'attività in regime di libera professione; ad istituzioni/organismi sanitari privati, anche quando non operino in rapporto con il S.S.N.

- Fra i trattamenti autorizzati, anche la compilazione di cartelle cliniche, di certificati, di altri documenti sanitari, ovvero amministrativi ad essi correlati, valendo per tutti gli incaricati le medesime regole di segretezza, anche ai sensi dell'art.83.
- Per i diversi trattamenti sono previsti gli stessi vincoli previsti, volta a volta, dal Codice.
- Rispetto alla **comunicazione** all'interessato, è ribadito il vincolo posto dall'art.84, comma 1 (per il tramite di un medico), "in **plico chiuso** o con altro mezzo idoneo a prevenire la conoscenza da parte di soggetti non autorizzati, anche attraverso la previsione di distanze di cortesia".

Autorizza:

- gli **esercenti le professioni sanitarie** a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute, qualora i dati e le operazioni siano indispensabili per tutelare l'incolumità fisica o la salute di un terzo o della collettività e il consenso non sia prestato o non possa esserlo per effettiva irreperibilità;
- gli organismi/case di cura ed ogni altro soggetto privato a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale con il consenso;
- gli **organismi sanitari pubblici** ed i soggetti pubblici, quando agiscono in qualità di autorità sanitarie, a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute, qualora: il trattamento sia finalizzato alla tutela dell'incolumità fisica e della salute di un terzo o della collettività **E** manchi il consenso (vedi sopra) **E** non si tratti di attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art.85, cc. 1 e 2).

- "Per le informazioni relative ai **nascituri**, il consenso è prestato dalla gestante. Dopo il raggiungimento della **maggiore età** l'informativa è fornita all'interessato anche ai fini della acquisizione di una nuova manifestazione del consenso quando questo è necessario (art. 82, comma 4).
- Rispetto alla **conservazione** dei dati, è ribadito che "Specifica attenzione è prestata per l'**indispensabilità** dei dati riferiti a soggetti diversi da quelli cui si riferiscono direttamente le prestazioni e gli adempimenti".

Gli **esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici**, inoltre, adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione di prestazioni e servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale (art.83).

Le **misure** comprendono, in particolare:

- soluzioni volte a rispettare, in relazione a **prestazioni precedute da una attesa**, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati, prescindendo dalla loro individuazione nominativa;

- la formale previsione di adeguate modalità per informare i **terzi legittimati**, in occasione di visite, sulla **dislocazione degli interessati**, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà;
- la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire, nei confronti di estranei, una **esplicita correlazione** tra l'interessato ed Unità Operative, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute;
- la sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti, per legge, al segreto professionale a **regole di condotta analoghe al segreto professionale**.

- l'istituzione di appropriate **distanze di cortesia**;
- soluzioni tali da prevenire, durante i colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;
- cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, compresa la raccolta **anamnestica**, avvengano in situazioni di promiscuità, derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;
- il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica ed in ogni operazione di trattamento dei dati;
- la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, se necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma, anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di **pronto soccorso**;

- Sono considerate di rilevante interesse pubblico **anche le finalità**, che rientrano nei compiti del S.S.N., relative a (art.85)
- attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, compresa l'assistenza degli stranieri in Italia e degli italiani all'estero;
 - programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
 - vigilanza su sperimentazioni, farmacovigilanza;
 - attività certificatorie;
 - applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, di sicurezza e salute della popolazione;
 - attività amministrative correlate ai trapianti di organi e tessuti ed alle trasfusioni;
 - instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra amministrazione ed i soggetti accreditati/convenzionati con il S.S.N.

- All'identificazione dei tipi di dati idonei a rivelare lo stato di salute e di operazioni su di essi eseguibili è assicurata ampia pubblicità, anche mediante affissione di una copia o di una guida illustrativa, in ogni azienda sanitaria.
- Il trattamento dei **dati identificativi** dell'interessato è **lecito** da parte dei **solii soggetti** che perseguono direttamente le finalità appena elencate.
- L'utilizzazione delle diverse tipologie di dati è consentita ai soli **incaricati, preposti - caso per caso** - alle specifiche fasi delle attività suddette, secondo il principio della indispensabilità dei dati, volta a volta trattati.

- Ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima od il blocco dei dati **TRATTATI IN VIOLAZIONE DI LEGGE**, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione, in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- l'attestazione che le precedenti operazioni sono state portate a conoscenza, anche rispetto al loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, sempre che questo adempimento non si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

DIRITTI DELL'INTERESSATO (art.7)

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- Ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata, se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili; dei soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o di incaricati.

L'INTERESSATO, infine, ha diritto di opporsi, in tutto od in parte,

- per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- al trattamento dei 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.
- I diritti sono esercitati con richiesta rivolta, senza formalità, al titolare od al responsabile, anche per il tramite di un incaricato. Per le persone decedute, i diritti possono essere esercitati da chi ha un interesse proprio od agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione.

- Nell'espletamento di tali obblighi, è, comunque, necessaria la massima attenzione alla tutela della riservatezza delle suddette notizie, in alcuni casi già specificamente individuata da disposizioni legislative (**assenza della diagnosi** nella copia del certificato di malattia da inviarsi al datore di lavoro; **assenza delle generalità** della donna sottoposta ad interruzione volontaria della gravidanza, nella dichiarazione obbligatoria all'Az. U.S.L.; **diritto all'anonimato** riconosciuto al soggetto tossicodipendente; obbligo di riferire **soltanto all'interessato** il risultato degli accertamenti volti a determinare la sieropositività ad HIV).

- **Quali sono il supporto ed il formato della cartella clinica?**

La cartella può essere progettata su supporto informatico: se rispettate tutte le disposizioni normative al proposito, il documento informatico è giuridicamente valido. In caso contrario, deve essere stampato.

Può essere organizzata su supporto cartaceo, con Moduli predefiniti e stampati, a costituire un "fascicolo" unico, da custodire all'interno della cover. Il solo problema risiede nella necessità di rendere ogni foglio **unico** ed **insostituibile**, nonché **riferibile**, con **certezza** ed in ogni momento, all'**interessato**. Il formato non deve superare l'UNI- A4, per consentirne l'agevole e completa riproduzione.

- Ancora, si rammenta il diritto del cittadino di **vietare la comunicazione del proprio ricovero**, così come di indicare le **eventuali persone da informare** circa le proprie condizioni di salute. Tali dati devono essere raccolti, per iscritto, dal personale medico, all'accettazione del malato, diventando parte integrante della cartella medica. Stante, però, la loro rilevanza ed il diverso comportamento richiesto anche agli altri professionisti, ne è prevista la presenza e la trascrizione sulla cover della cartella.

- **Quale è la durata di validità della cartella clinica?**

- A fini di **compilazione** -
- A fini di **conservazione** - La durata è **illimitata** (Circolare Min. Sanità n.61 del 19 dicembre 1986, sulla cartella clinica). Per almeno venti anni devono conservarsi gli altri documenti sanitari "non ufficiali" (ECG, EEG, ecografia, etc.). La sola eccezione riguarda i "documenti radiologici e di medicina nucleare", che devono essere disponibili, a richiesta, per successive esigenze mediche, per un periodo non inferiore a dieci anni; i relativi "resoconti", però, devono conservarsi a tempo indeterminato (terzo D.M. Sanità 14 febbraio 1997).

Titolario di classificazione e Massimario di scarto
del SSS di Regione Lombardia (3° ed, dic 2015)

Cartelle Radioterapia: illimitato

Referto/Fascicolo ambulatoriale: 10 aa da chiusura fascicolo; 30 aa se attività chirurgica e percorso BOCA

Cartella ambulatoriale Riabilitazione: 10 aa da ultima registrazione

Schede di emodialisi: 10 aa da fine trattamento

Referti esami citologici ed istologici: 10 aa

Ricette/Referti esami di laboratorio: 5 aa

Fascicolo della sperimentazione: 25 aa

Consenso ad esposizione a radiazioni ionizzanti a scopo di ricerca scientifica e clinica ed area sperimentazione farmaci: ILLIMITATO

Quando si apre la cartella clinica?

- All'ingresso del cittadino nella U.O. di ricovero, ovvero all'inizio della prestazione d'opera richiesta; vi rimane sino alla dimissione/trasferimento della persona, ovvero alla conclusione dell'iter assistenziale.
- La cartella di ciascun professionista è, quindi, riunita alle altre a costituire - **in maniera definitiva ed inscindibile** - la cartella clinica.
- La cartella clinica così prodotta deve essere consegnata all'Archivio entro il termine di 48 ore dalla dimissione, come stabilito dalla Direzione Medica di Presidio.

Chi redige la cartella clinica, medica ed infermieristica?

- **L'Infermiere Coordinatore:** è sua responsabilità impartire disposizioni, vigilare e verificare che i collaboratori compilino correttamente la cartella.
- **Personale medico dipendente/convenzionato:** il sanitario cui il cittadino è affidato è il primo responsabile della compilazione della cartella, unitamente ai colleghi che svolgano attività sanitarie nei confronti del cittadino. Inoltre, tutti gli esercenti una professione sanitaria chiamati a consulenza.

- **Personale infermieristico dipendente:** il Coordinatore e gli Infermieri (assegnati alla assistenza dell'interessato) redigono la cartella infermieristica; partecipano alla compilazione della cartella medica, annotando le eventuali attività svolte, quali i rilievi obiettivi o strumentali dei parametri vitali, la preparazione e la somministrazione della terapia.
- **Personale ostetrico dipendente:** redige la cartella ostetrica.
- **Esercenti una professione sanitaria della riabilitazione/ tecnica /della prevenzione/ dietiste/logopediste/assistenti sociali, dipendenti:** redigono i propri documenti di lavoro (cartelle, schede, consulenze).

Esercenti una professione sanitaria dipendenti, quando sono chiamati a **consulenza**. Ciò vale sia per il personale infermieristico, sia per esercenti altra professione sanitaria.

Specializzandi: hanno l'obbligo di trascrivere in cartella gli atti sanitari loro delegati, con la medesima autonomia gradualmente consentita nella esecuzione delle prestazioni. In cartella (anamnesi, EO, diario) è, comunque, necessaria la sigla, per presa visione, dello strutturato

Studenti universitari / Laureati / Volontari: non hanno titolo alla redazione della cartella clinica.

- **Figure di supporto tecnico-esecutivo**: Ausiliari, OTA ed **OSS** operano sotto la diretta responsabilità del Coordinatore/Infermiere, rispetto alla definizione dei piani di lavoro, alla attribuzione delle mansioni ai singoli collaboratori, all'obbligo di vigilanza. Sono personalmente responsabili della corretta esecuzione dei compiti affidati, in applicazione di piani di lavoro e di protocolli operativi, che individuano le attività attribuibili, sulla base della bassa discrezionalità richiesta e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.

- Il personale di supporto **non ha**, quindi, **titolo** alcuno a **consultare i documenti** sanitari riguardanti il cittadino, **né a redigerli**.
- E', peraltro, altrettanto vero che **DEVE** registrare, **personalmente ed in autonomia**, tutte le operazioni svolte, perché gli sono state affidate, ed i rilievi effettuati.
- **CHI FA, REGISTRA E FIRMA, perché è penalmente RESPONSABILE del proprio operato**.
- E', quindi, necessario approntare una **modulistica dedicata** alla registrazione delle attività affidate all'OSS, che **l'Infermiere ha il dovere di verificare** e di riunire alla cartella infermieristica, di cui diverrà parte integrante.

Come si redige la cartella clinica?

- Le annotazioni e le notizie riportate devono rispondere ai requisiti della:
- **veridicità** dei fatti segnalati, rimanendo, invece, opinabili i giudizi espressi, in quanto soggettivi, oltre che riferiti ad eventi di natura biologica e, dunque, non giudicabili in modo univoco ed incontrovertibile;
- **contestualità** rispetto al verificarsi del fatto clinico rilevante, ovvero all'effettuazione dell'atto diagnostico, terapeutico od assistenziale, subordinata soltanto alla preminente attività clinica (si accetta nell'arco del turno di lavoro);

- **completezza** dei dati riportati nelle diverse sezioni, a garanzia di un quadro obiettivo costantemente aggiornato e realmente espressivo, momento per momento, dell'evoluzione clinica. Tale requisito esige che le singole annotazioni siano firmate o siglate dall'operatore, consentendone così la corretta, oltre che immediata, attribuzione. Se la annotazione è unica, ma la prestazione è fornita in équipe, tutti gli operatori devono apporre la propria firma/sigla;

- **chiarezza e leggibilità**, relativamente sia alla terminologia usata (non deve lasciare/ingenerare dubbi, ivi comprese le sigle, da utilizzare solo se riconosciute dalla comunità scientifica) sia alla grafia, onde evitare errori nella lettura, pericolosi sotto il profilo clinico, ovvero di impedimento per una esaustiva valutazione a posteriori, in sede di accertamento medico legale;
- **correttezza formale** in termini di ordine, logico e cronologico, e di eventuali correzioni, da effettuarsi con le modalità consentite. Anzitutto, non deve essere impedita la lettura di quanto in precedenza annotato ed è, pertanto, vietato l'uso di correttori ("bianchetto") o di altro materiale congenere, in grado di coprire completamente parole o frasi.

- Quindi, la **correzione** deve essere ben **evidente**, così da non trarre in errore chi legga, risultando subito riconoscibile quanto modificato - per esempio, inserendolo entro due parentesi quadre - rispetto alla "nuova" annotazione.
- Completa il requisito la **firma/sigla** di chi ha provveduto alla correzione. Quella **non contestuale** alla annotazione può essere fatta solo mediante una **nuova annotazione**, esplicitamente riferita alla precedente e, come questa, completata dalla data e dalla firma/sigla del redattore.

- Per la **redazione** della cartella clinica, è meglio utilizzare **penne a sfera**, ad inchiostro **nero** o **blu** scuro. Si ritiene, peraltro, ammissibile l'impiego di penne ad inchiostro **rosso**, per la sola evidenziazione di **informazioni**, particolarmente **importanti per la tutela della salute o della vita del cittadino** ricoverato, o di parametri alterati (segnalazione di allergie, trascrizione dell'esito di esami di laboratorio; **NO** se è per indicare la positività ad HBV, HCV, HIV).
- E', per contro, sconsigliato l'uso di penne stilografiche, di pennarelli, **VIETATO** quello di **matite**.

- La **sigla** sostituisce la firma dell'operatore sanitario soltanto nella documentazione di appartenenza; sigla e firma devono essere preventivamente registrate e controfirmate dai Responsabili, medico ed infermieristico/ostetrico, che le conservano adeguatamente. Su documenti diversi da quelli della UOC, alla firma deve accompagnarsi il timbro, se assegnato, ovvero la trascrizione del cognome e nome del professionista.
- Non ha senso esigere, anche solo per motivi di spazio, la firma dell'operatore ad ogni trascrizione; ancor più quando la si richiede "leggibile", vale a dire nome e cognome devono essere riconoscibili.

INDICAZIONI PRATICHE PER LA COMPILAZIONE

1. Identificare il Paziente e controllare che corrisponda al nome scritto sulla cartella
2. Scrivere a penna in modo leggibile
3. Annotare ciò che si è effettivamente fatto, distinguendo da osservazioni e commenti (es valutazione soggettiva)
4. Annotare le prestazioni che si eseguono in tempo reale
5. Annotare quello che si è fatto personalmente evitando di registrare prestazioni erogate da altri
6. Controllare che compaia data e ora
7. Non usare liquidi correttori, ma tracciare una riga sopra la parola che si vuole cancellare
8. Cartella clinica integrata medico e infermieristica

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

1. Riportare ora e motivazione qualora il paziente rifiutasse un trattamento o prestazione
2. Evitare possibilmente uso di acronimi, oppure utilizzare simboli o abbreviazioni codificati nella propria struttura
3. Non aggiungere informazioni dimenticate utilizzando spazi liberi lasciati in precedenza, scrivere invece nel primo spazio libero disponibile segnalando ora e data di quanto dimenticato e data e ora d'integrazione
4. Firmare o apporre la propria sigla se depositata c/o la struttura, dopo le proprie annotazioni

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Come e dove si custodisce la cartella clinica?

- Quale documento contenente notizie che, sotto i profili deontologico e penale, devono rimanere segrete, la cartella deve essere **adeguatamente** custodita. Tale obbligo di custodia e la valenza di atto pubblico della cartella clinica esigono il rispetto dell'ordine, formale e cronologico, nella conservazione delle sue parti, nonché la attestazione e la verifica del contenuto e della sua completezza, ad ogni movimento o consegna della cartella clinica, da parte di chi ne è, in quel momento, responsabile.

- Ciò anche in ottemperanza al **D.Lgs. 196/2003** che, sulla **sicurezza** dei dati (art.31), stabilisce che i **dati personali** devono essere custoditi e controllati, in modo da **ridurre al minimo**, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di **distruzione** o **perdita**, anche accidentale, dei dati stessi, di **accesso non autorizzato**, di **trattamento non consentito o non conforme** alle finalità della raccolta.

- Quindi, la cartella deve essere conservata in un **locale ad accesso limitato** al solo personale sanitario del Servizio, nonché riposta in un contenitore provvisto di serratura e mantenuto chiuso. La chiave è gestita dal Coordinatore.
- Nello stesso locale/al domicilio della persona assistita, si collocano anche gli eventuali contenitori delle diverse parti integranti/allegati della cartella (schede di valutazione, di monitoraggio; schede di terapia, di rilevazione dei parametri vitali, diario clinico) che, per motivi organizzativi/gestionali, si preferisce mantenere separate, ovvero devono essere a disposizione di tutti i professionisti coinvolti nella assistenza/cura.

MISURE MINIME (artt. 33-36; Allegato B - Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza) - I trattamenti effettuati senza l'ausilio di strumenti elettronici - quindi, di documenti cartacei - sono consentiti solo se sono previsti:

- l'aggiornamento periodico dell'individuazione degli ambiti di trattamento consentiti ai singoli incaricati od alle U.O.;
- la previsione di procedure per un'idonea custodia di atti e di documenti, affidati agli incaricati per lo svolgimento dei relativi compiti;
- la previsione di procedure per la conservazione di atti contenenti dati sensibili in archivi ad accesso selezionato/controllato e disciplina delle modalità di accesso, finalizzata all'identificazione degli incaricati autorizzati.

- Quando il cittadino deve effettuare accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici, deve valutarsi la necessità che la cartella segua o meno il cittadino. In caso affermativo, deve essere riposta in idoneo **contenitore, chiuso e non trasparente** (busta, cartelletta, borsa), ed affidata al dipendente che accompagna il cittadino.
- Lo stesso obbligo di **trasporto "protetto"** vale per qualsivoglia documento sanitario, che si muova all'interno del Servizio: anche se ogni dipendente è obbligato al segreto d'ufficio, la conoscenza di dati, personali e sensibili, è strettamente correlata ad obblighi di assistenza e di cura.
- Solo in questo caso può parlarsi di **"trasmissione"** di notizie, altrimenti segrete.

Chi è responsabile della custodia della cartella clinica?

- Nel Servizio, il Responsabile medico ed il Coordinatore, quali figure apicali, nonché tutto il personale sanitario, in quanto incaricato del trattamento dei dati;
- nell'Archivio, l'archivista ed il Responsabile medico;
- nell'Archivio Centrale, il Direttore Medico di Presidio, il responsabile e tutto il personale dell'ufficio.

Chi ha accesso alla cartella clinica?

- Hanno diritto di accesso le figure a ciò autorizzate da espressa previsione normativa, quali l'Autorità Giudiziaria, il Consulente Tecnico d'Ufficio, le autorità regolatorie, nazionale ed estere, nonché i responsabili del monitoraggio e della verifica di una sperimentazione clinica (D.M. Sanità 15 luglio 1997).

- Nella UOC / al domicilio, tutti gli esercenti le professioni sanitarie, compresi i Consulenti, che, per motivi assistenziali, diagnostici, terapeutici, riabilitativi diretti al cittadino, ovvero a fini epidemiologici o di controllo, prestano la propria attività a favore di quel cittadino.
- Ancora: il **cittadino**, cui essa si riferisce, od il suo legale rappresentante; il medico/professionista chiamato a consulto dal cittadino, se pur indirettamente, attraverso l'informazione resa, al proposito, dal Sanitario responsabile del malato o da suo delegato.

- Ulteriori informazioni sono dovute, al medico curante, alla dimissione, con la relativa relazione clinica, contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico, nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza domiciliare.
- Al proposito, il **Codice Deontologico degli Infermieri** li impegna a garantire la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi (art. 27).

Chi e come informa l'interessato?

Rispetto ai dati idonei a rivelare lo stato di salute:

- ogni esercente una professione sanitaria è impegnato, dal proprio Codice Deontologico, ad un comportamento rispettoso della persona, della sua capacità e volontà di sapere e di comprendere. Così come del diritto alla scelta di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione.

Ancora, del fatto che l'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dall'interessato.

- **I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute**

(art.84, **D.Lgs.196/2003**) possono essere resi noti all'interessato (o ai soggetti che possono sostituirlo nell'informativa e nel consenso), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, **SOLO** per il tramite di un **MEDICO**, designato dall'interessato o dal titolare del trattamento.

- Ciò non vale per i dati forniti in precedenza dall'interessato medesimo.

- Il titolare/responsabile possono **autorizzare per iscritto esercenti una diversa professione sanitaria**, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono **rapporti diretti** con i malati e sono **incaricati** di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a render noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti prima indicati (legale rappresentante, familiare, prossimo congiunto, convivente, responsabile struttura presso cui dimora).
- L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele, rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento dei dati.

A chi e come possono essere comunicati i dati sensibili?

- Per **comunicazione** si intende "il dare conoscenza dei dati personali a **uno o più soggetti** determinati diversi dall'interessato, dal rappresentante del titolare nel territorio dello Stato, dal responsabile e dagli incaricati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione" (art.4, lettera l).
- Fatti salvi gli obblighi di comunicazione ed i casi di pericolo per la vita o la incolumità fisica dell'interessato o di un terzo (in assenza di consenso dell'interessato, per impossibilità fisica o per incapacità di agire, di intendere o di volere), i dati idonei a rivelare lo stato di salute, esclusi quelli genetici, possono essere comunicati,

- **previo il consenso dell'interessato** (di ciò reso edotto nella informativa) e nei limiti indicati dal Provvedimento del Garante 31 gennaio 2002, a: soggetti pubblici e privati, compresi i fondi e le casse di assistenza sanitaria integrativa; aziende che svolgono attività strettamente correlate all'esercizio di professioni sanitarie od alla fornitura, all'interessato, di beni, prestazioni, servizi; istituti di credito ed imprese assicurative; associazioni ed organizzazioni di volontariato; familiari dell'interessato.
- Per finalità di ricerca scientifica o di statistica, i dati idonei a rivelare lo stato di salute possono essere comunicati, ove si tratti di dati anonimi.

Come possono essere diffusi i dati sensibili?

- Per “**diffusione**” si intende “il dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione” (art.4, lettera m).
- I dati idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi.
- Ogni sanitario, inoltre, non deve diffondere, attraverso i mezzi di informazione, notizie che possano consentire l’identificazione della persona.
- Nelle pubblicazioni scientifiche, nelle presentazioni, nelle tesi deve assicurare la non identificabilità delle persone e dei luoghi.
- E’ possibile diffondere dati anonimi, anche aggregati, ed includerli in pubblicazioni scientifiche o finalizzate all’educazione, alla prevenzione od alla informazione di carattere sanitario.

ACCESSO A DOCUMENTI AMMINISTRATIVI (artt.59 e 60)

Resta disciplinato dalla L.241/1990, così come modificata.

Il trattamento concernente **dati idonei a rivelare lo stato di salute** o la vita sessuale è consentito se la **situazione** giuridicamente rilevante **che si intende tutelare** con la richiesta di accesso **è di rango almeno pari** ai diritti dell’interessato, ovvero consiste in un **diritto della personalità** o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

Chi può autorizzare il rilascio della cartella clinica?

- **Soltanto il Direttore Medico di Presidio** - ed in copia conforme - ai soggetti ai quali questo diritto è riconosciuto da apposito Regolamento, emanato dall’Ente sanitario.
- Il documento sanitario deve, comunque, essere rilasciato, alle persone autorizzate alla richiesta, in **busta chiusa**; quando inviato per posta, sempre all’indirizzo di residenza del cittadino, se vivente, cui il documento si riferisce.

Quali informazioni deve riportare la cartella clinica?

- Al proposito, si sollecita la previsione che i **dati sensibili**, solitamente riportati sul frontespizio, siano “spostati” all’interno, così da non essere immediatamente visibili.
- Il **frontespizio/la cover**, con i soli dati anagrafici, personali, e del ricovero, costituisce la parte comune a tutte le cartelle dei diversi esercenti una professione sanitaria, mentre i fogli interni sono predisposti per registrare notizie, obiettività, attività, pianificazione, diagnosi, prescrizioni di specifica competenza ed autonomia professionale.

- Ciò per tutelare la riservatezza di questi dati, nella consapevolezza che, nella cartella clinica, così come nell'attività sanitaria quotidiana, è troppo rischioso disgiungere il dato personale da quello sensibile.
- Deve, invece, essere attivamente perseguita la possibilità di rendere anonimi tali dati, se utilizzati per finalità diverse da quelle di assistenza e di cura, così come riviste le procedure di compilazione di elenchi/registri/banche dati, cartacei od informatici, affinché i dati sensibili non siano riportati, se non indispensabili.

- Nella redazione della cartella clinica non è possibile trattare dati anonimi, ovvero i dati sensibili con tecniche di cifratura, od ancora permettere di identificare l'interessato solo in caso di necessità (art.22).
- Neppure si possono conservare quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale separatamente da altri dati personali (art.22, comma 7).
- Si è previsto, pertanto, che il frontespizio della cartella clinica riporti esclusivamente dati personali, mentre quelli sensibili, in particolare idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, siano trascritti a partire dal primo Modulo interno.

Eventuali richieste, di visione o di copia, da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità di:

- far valere o difendere, in sede giudiziaria, un diritto di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale od inviolabile;
- tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante, di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale od inviolabile.

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO (art.93)

Il certificato di assistenza al parto (così come sostituito dalla vigente normativa) e la cartella clinica, ove comprensivi dei dati personali che rendono identificabili la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, possono essere rilasciati in copia integrale a chi vi abbia interesse, decorsi **CENTO ANNI** dalla formazione del documento.

Prima di tale scadenza la richiesta di accesso può essere accolta, osservando le opportune cautele per evitare l'identificabilità della madre, che non vuole essere nominata.

Quali sezioni compongono la cartella clinica?

- La cartella clinica di ricovero in degenza, nella sua accezione di raccogliitore di informazioni e di dati sanitari, si articola, nella pratica ospedaliera, in diverse sezioni, solitamente rappresentate da:
- la **cartella medica**, ed i suoi **allegati**,
- la **cartella infermieristica/ostetrica**, ed i suoi **allegati**, completata dalla copia della Scheda infermieristica/ostetrica di trasferimento/ dimissione;
- la **cartella/scheda** di altri esercenti una professione sanitaria, eventualmente coinvolti nel progetto terapeutico-assistenziale.

CARTELLA INFERMIERISTICA

La Cartella Infermieristica quale
strumento operativo di
miglioramento della qualità

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Metodologie operative

- Definizione,
- Specifico professionale (ambito professionale di applicazione delle metodologie operative),
- Aspetti legislativi,
- Problem solving.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

METODOLOGIA OPERATIVA

Consente di esercitare la propria **capacità** di tipo **decisionale** riguardo all'attività di **classificazione** delle situazioni professionali e l'**applicazione** di modelli comportamentali.

La forza di una metodologia, sta non solo nella sua applicabilità ma anche nei **“risultati”** che incidono sulla qualità.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

LO SPECIFICO PROFESSIONALE

Infermieristico

Medico

“TO CARE”

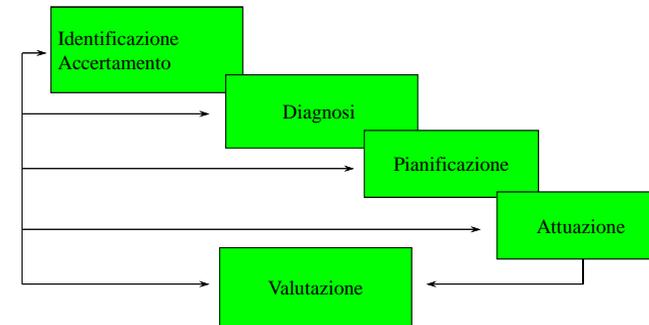
“TO CURE”

“Prendersi cura”

“curare”

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

PROBLEM SOLVING



Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

PROBLEM SOLVING

E' un processo circolare, dinamico e continuo la cui applicazione richiede il passaggio:

dall'assistenza per *compiti*



all' *assistenza per obiettivi*

e *l'adozione di strumenti informativi personalizzati.*

Obiettivo: autonomia e qualificazione professionale.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Assistenza per obiettivi

- ogni infermiere è responsabile di un gruppo di assistiti garantendo la continuità delle cure,
- eroga un'assistenza secondo i bisogni reali della persona, di cui diviene il punto di riferimento,
- instaura una relazione di aiuto.

L'inf da “esecutore” di compiti diventa “responsabile” di valutazioni, scelte, decisioni.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Accertamento/Identificazione

Deliberata e sistematica raccolta di dati, utili a determinare lo stato funzionale e le condizioni di salute dell'utente.

Finalità:

- ❖ individuare le necessità di interventi inf,
- ❖ scambio di dati tra professionisti,

Scopo: accrescere la *Qualità* e la *Validità* dell'assistenza sanitaria complessiva.

Visione Olistica

>>>>>

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

E' indispensabile che l'Infermiere sappia:

- ❑ comunicare in modo efficace (*comunicazione terapeutica*) **“Saper Essere”**.
- ❑ **“Sapere”** ciò che contribuisce o provoca un problema ci permette di identificare i dati da raccogliere.
- ❑ interpretare i dati (riconoscere l'indicatore e saperne dare un significato) **“Saper Fare”**.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Procedimento da adottare per determinare lo stato di salute attuale del cliente

- Screening e accertamento mirato,
- Esame dello stato di salute del paziente e delle sue capacità funzionali,
- Identificazione dei fattori di rischio (susceptibilità, vulnerabilità)

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Scale di valutazione utili per *velocizzare* e rendere *oggettiva* sia la fase di identificazione sia la fase di valutazione:

- ✿ Braden e Norton: decubiti,
- ✿ Barthel: dipendenza del paziente,
- ✿ Glaslow: coma,
- ✿ MORSE: rischi di caduta,
- ✿ VAS e NRS: dolore
- ✿ ecc.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

DIAGNOSI

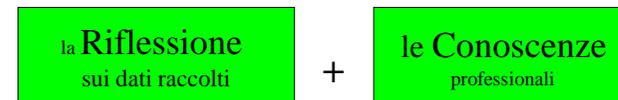
Definizione:

- ❖ Giudizio che si esprime su un fenomeno dopo aver considerato ogni aspetto.
- ❖ Analisi dello stato di funzionamento di un sistema con individuazione degli eventuali guasti.

Vocabolario della lingua Italiana Zingarelli

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

La diagnosi quindi è un giudizio professionale che si formula attraverso



Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Diagnosi medica Diagnosi infermieristica

Il medico diagnostica e tratta la situazione,

L'infermiere diagnostica e tratta *le risposte della persona* alla situazione,

es.

Frattura

es.

rischio elevato di alterazione della funzione respiratoria correlato a immobilità secondaria a trazione o mezzi di fissazione;

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

DIAGNOSI Infermieristica

La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali.

La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire degli esiti di cui l'infermiere è responsabile.

definizione ufficiale NANDA 1990

La diagnosi infermieristica ci permette di:

- fare delle classificazioni,
- attribuire un nome ad un fenomeno,
- ordinare e costruire le relazioni tra i concetti,
- trasmettere le conoscenze.

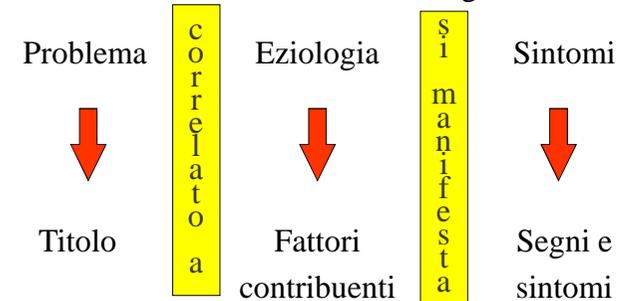
in pratica:

“Ordinare sistematicamente le conoscenze in forma scientifica e disciplinare” e quindi renderle fruibili ed accessibili.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

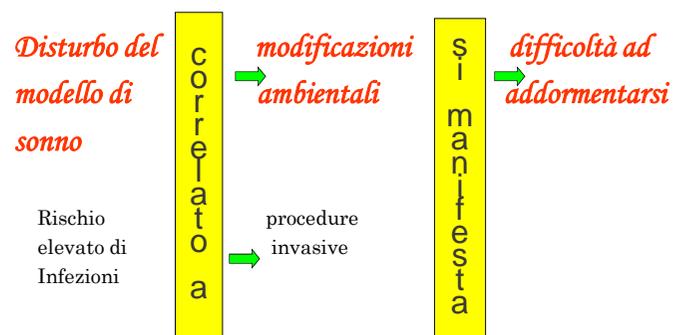
DIAGNOSI infermieristica

Come scrivere le enunciazioni diagnostiche:

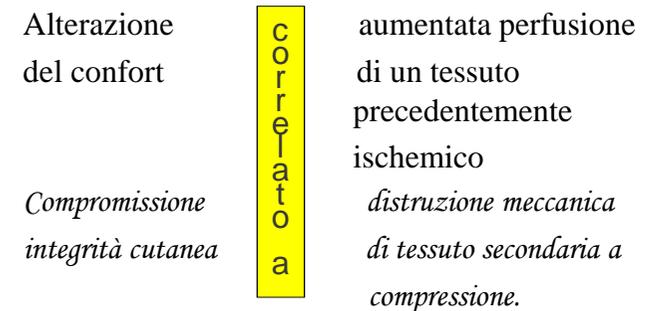


Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Esempi



Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria



Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

TIPI di DIAGNOSI INFERMIERISTICHE:

- D.I. Reali
- D.I. di Rischio o Rischio elevato
- D.I. Possibili
- D.I. di Benessere
- D.I. a Sindrome

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

D.I. REALI

Rappresentano una condizione che è stata convalidata clinicamente

es: *incontinenza correlata a stato di incoscienza.*

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

D.I. di RISCHIO o RISCHIO ELEVATO

Giudizio clinico secondo il quale una persona è più vulnerabile, nei confronti di un certo problema, di altre in condizioni uguali o simili

es: *Rischio elevato di infezione, correlato a incisione chirurgica e difficoltà di cicatrizzazione secondaria a diabete mellito.*

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

D.I. POSSIBILI

Descrivono un problema che si sospetta, per il cui accertamento occorrono altri dati

es: *possibile disturbo del concetto di sé, correlato a recente perdita della responsabilità di ruolo secondaria ad aggravamento della sclerosi multipla.*

ULTERIORI ACCERTAMENTI



D.I. di BENESSERE

Riguarda una persona sana in transizione da un livello specifico di benessere a un livello superiore

es: **potenziale miglioramento dei processi familiari.**

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

D.I. a SINDROME

Includono un'insieme di diagnosi la cui presenza è predetta a causa di un certo evento o situazione

es: *sindrome da immobilizzazione*

D.I. rischio di: alterazione della funzione respiratoria, infezione, trombosi, intolleranza all'attività, lesioni, alterazione dei processi di pensiero, disturbo dell'immagine corporea, senso di impotenza, compromissione dell'integrità cutanea, stipsi, compromissione della mobilità.

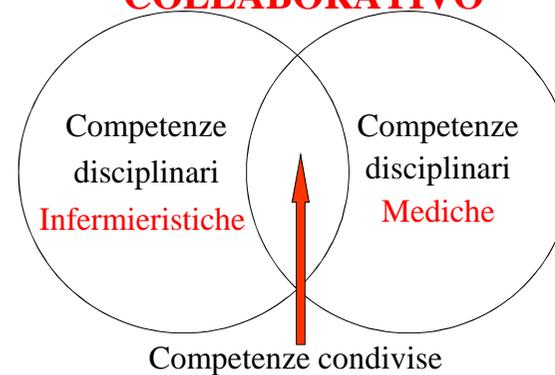
L'attività inf. implica spesso rapporti di collaborazione con altre discipline sanitarie.

In questo caso non parliamo di diagnosi infermieristiche ma, di

Problema Collaborativo

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

PROBLEMA COLLABORATIVO



Definizione: i Problemi Collaborativi sono complicanze che gli infermieri controllano per individuare la comparsa o una modificazione delle condizioni del cliente. Si presentano associati a una patologia o a un trattamento specifico.

Gli obiettivi dell'infermieristica sono volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi.

es. in un paziente con ulcera peptica

Complicanza potenziale: emorragia
" " perforazione
" " ostruzione pilorica.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

D.I.

Nella D.I. è l'infermieristica che prescrive il trattamento definitivo.

P.C.

Nei P.C. la prescrizione per i trattamenti definitivi deriva sia dall'infermieristica che dalla medicina.

MODELLO BIFOCALE

MODELLO BIFOCALE



Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

PIANIFICAZIONE

La fase di pianificazione prevede la strutturazione di un piano di attività/azioni con l'individuazione di obiettivi da perseguire con una tempistica ben definita.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Formulazione di obiettivi +
(definiti sulla base delle diagnosi)

risultati attesi =
(comportamenti o risultati da conseguire)

scelta degli interventi infermieristici

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Stabiliti gli obiettivi il processo deve considerare le:

- **Priorità;**
- **Criteri (come);**
- **Risultati (cosa).**

Infine devono essere tradotti in piani di intervento ovvero in **Piani di Assistenza** (che devono considerare le variabili tempo, risorse, esperienze).

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Gli obiettivi infermieristici sono costituiti da 3 elementi:

- **IL CONTENUTO:** ciò che il cliente deve fare (espresso con un verbo)
- **I MODIFICATORI:** spiegano cosa, dove, quando, come (espresso con un aggettivo o avverbio)
- **IL TEMPO:** di raggiungimento

Es. Bere (contenuto) un bicchiere di acqua (modificatore) a pranzo (tempo).

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

ATTUAZIONE

Applicazione delle abilità e messa in atto degli interventi.

Abilità e conoscenze incentrate su:

- aiuto o sostituzione nelle attività del cliente,
- identificazione, monitoraggio di rischi/problemi e ricerca di soluzioni,
- insegnamento e counseling al cliente,
- consulto con altri professionisti,
- esecuzione di trattamenti.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

VALUTAZIONE

E' rivolta:

- Alle condizioni raggiunte dal cliente
“Risultato”,
- Ai progressi verso l'obiettivo **“Fasi”**,
- Allo stato e all'attualità del piano di assistenza
“Assistenza erogata”.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

Per eseguire una valutazione sono necessari:

STANDARD: livelli accettabili attesi di performance (adatti alla situazione specifica e accettati dagli operatori), e tradotti in:

CRITERI o indicatori: qualità misurabili delle caratteristiche che si vogliono valutare (capacità, conoscenze,...)

cioè

RISPOSTE o COMPORTAMENTI attesi dalla persona assistita.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

- Verifica delle condizioni del cliente,
- Confrontare le condizioni con i criteri di esito,
- Raggiungimento dell'obiettivo o NO.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria

CONCLUSIONI

Il problem solving è un processo circolare, per cui la valutazione non è la fine del percorso assistenziale, ma una modalità di acquisire consapevolezza rispetto a quanto disegnato e perseguito, al fine di evidenziare gli elementi per migliorarlo, rivederlo, escluderlo, confermarlo.

Giusi Grugnetti – Corso formativo documentazione sanitaria