



Istruzione Operativa

LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Codice I 11

Rif. Sez. 7.5 MQ

Pag. 1 di 10

Rev. 01

del 28/02/2025

SOMMARIO

1. Scopo
2. Riferimenti normativi
3. Requisiti
4. Struttura/composizione
5. Sequenza cronologica
FASE A) APERTURA DEL RICOVERO
FASE B) DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA
FASE C) CHISURA DEL RICOVERO
6. Principi generali e responsabilità della S.D.O.
7. Nucleo di Controllo Ricoveri Esterni (NCRE)
8. Valutazione di qualità della Cartella Clinica (cfr Griglia di Valutazione)

Redazione		Verifica		Approvazione	
Firma		Firma		Firma	
data	28/2/25	data	28/2/25	data	03/3/25

ATTENZIONE: la mancanza delle firme indica che questo documento è una stampa della versione aggiornata disponibile in rete ed utilizzabile per sola lettura.

**1. SCOPO**

Lo scopo della seguente istruzione è quello di fornire le indicazioni prioritarie riguardanti la corretta compilazione e gestione della cartella clinica.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.D. n. 497 del 23.07.2012 avente per oggetto “indicazioni riguardanti la compilazione delle cartelle cliniche per le strutture di ricovero della Regione Piemonte - il testo completo è consultabile e scaricabile dalla intranet della Casa di Cura
- D.G.R. n. 46-7637 del 21/05/2014 Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Revisione 2014 (testo completo scaricabile dalla intranet all'indirizzo di cui sotto e diffuso per le parti di competenza ai medici delle UF)
- Determinazione Direttoriale n. 477 del 18/04/2014: provvedimenti attuativi della D.G.R. n. 35-6651 del 11/11/2013 disciplinante l'organizzazione delle attività di controllo analitico delle Cartelle Cliniche e delle S.D.O. e le conseguenti modalità di revisione tariffaria - Istituzione del Nucleo di controllo Ricoveri Esterni (NCRE).
- D.G.R. n. 15-7576 del 12/05/2014 Requisiti minimi autorizzativi delle Case di Cura private;
Punto 24) attribuzioni del Direttore Sanitario - **vigila sulla regolare compilazione e archiviazione della documentazione clinica e sanitaria.**

3. REQUISITI

La cartella clinica nella sua totalità (informazioni e documenti ivi contenuti e riportati) deve rispondere ai seguenti requisiti:

Rintracciabilità

Possibilità di poter risalire:

- a tutte le attività



Istruzione Operativa

LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Codice I 11

Rif. Sez. 7.5 MQ Pag. 3 di 10

Rev. 01 del 28/02/2025

- agli esecutori
- ai materiali
- ai documenti

Chiarezza

- della grafia
- dell'esposizione

Accuratezza

Dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni

Veridicità

La cartella clinica è un atto pubblico, tutti i dati in essa contenuti certificano quindi un fatto per come, dove e quando è avvenuto. Ogni informazione errata o, peggio, volutamente distorta, si configura come un falso materiale o ideologico in atto pubblico, il che costituisce reato penalmente perseguibile.

Quindi:

1. scrivere sempre tutto con fedeltà al vero.
2. pensare sempre prima di scrivere.
3. in caso di errore, cancellare con un tratto di penna, lasciando comunque visibile quanto in precedenza scritto.
4. non usare mai bianchetti o altre sostanze abrasive.
5. segnare sempre in cartella data e ora dell'atto medico eseguito.

Pertinenza

Le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

Completezza

Presenza di tutti i documenti costitutivi

Viene **aperta** al momento dell'accettazione e **chiusa** alla data di dimissione del paziente.

Ogni cartella identifica in modo univoco un ricovero (per ogni ricovero la cartella è unica, a prescindere dai trasferimenti interni); nei passaggi da acuzie a



postacuzie oppure da regime diurno a ordinario occorre predisporre una cartella per ogni ricovero. Una sola cartella non può essere relativa a più ricoveri.
(cfr. All 01/Sez. 7.5 Gestione della Documentazione Sanitaria).

4. STRUTTURA/COMPOSIZIONE

Struttura modulare e veste grafica uguale in tutta la Casa di Cura.

Elementi essenziali:

Diario Clinico

Cartella Infermieristica

Consenso Informato

Copia Registro Operatorio

Informative e volontà dell'assistito

Lettera di Dimissione

S.D.O.

Tutti i documenti giustificativi del percorso clinico del paziente

Tutti i documenti amministrativi/legali: impegnativa medico di base, copia TEAM proposta di progetto riabilitativo individuale, Documento d'Identità, proposta di ricovero, autorizzazioni ASL richieste dalla normativa vigente, eventuali documenti delle autorità giudiziarie).

5. SEQUENZA CRONOLOGICA

FASE A) APERTURA DEL RICOVERO

FASE B) DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA

FASE C) CHIUSURA DEL RICOVERO

FASE A. APERTURA DEL RICOVERO: coincide con l'ammissione del paziente nella Casa di Cura.

Identificazione dei dati amministrativi a cura del personale dell'ufficio accettazione:

- della cartella clinica (numero progressivo annuale, anno di riferimento)



- del paziente (fotocopia TEAM e documento d'identità ed altre informazioni utili per l'assistito)

Inquadramento clinico a cura del medico curante della Casa di Cura:

- Identificazione della motivazione del ricovero
- Anamnesi (personale/familiare - prossima e remota)
- Esame obiettivo:
 - sempre comprensivo degli apparati respiratorio e cardiocircolatorio e degli organi addominali
 - oltre al sistema/apparato/organo sede della patologia che causa il ricovero, con rilevazione accurata dei segni e dei sintomi
- Ipotesi diagnostiche
- Elenco dei problemi attivi
- Pianificazione del processo di cura

FASE B. DECORSO DEL RICOVERO E PROCESSO DI CURA

Il decorso del ricovero deve essere sempre puntualmente registrato in ogni sua fase allegando la relativa documentazione comprensiva delle procedure diagnostiche-terapeutiche prescritte e eseguite.

La documentazione relativa al decorso del ricovero viene organizzata in specifiche sezioni; in particolare devono essere sempre redatti i seguenti documenti:

a) *Diario Clinico:*

- **è compilato dal personale medico** (curante, anestesista, consulente)
- descrive, giorno per giorno, per tutti i giorni del ricovero, il decorso delle patologie e di altri fatti clinici rilevanti, che devono essere annotati al momento del loro accadimento (completezza: data e ora e identificazione del medico redattore, timbro e firma)
- deve riportare tutte le variazioni dello stato di salute del paziente
- dalla lettura del diario clinico si deve poter dedurre l'esito favorevole o sfavorevole del percorso curativo e rappresenta la parte fondamentale per avere a disposizione un quadro generale del



problema clinico/assistenziale da risolvere e del percorso curativo ed organizzativo per attuarlo.

- b) *Rilevazione dei parametri vitali*
- c) *Scheda di valutazione del dolore e Cartella Infermieristica: a cura del personale infermieristico.*
- d) *Cartella riabilitativa e Progetto Riabilitativo Individuale*
- e) *Scheda Unica di terapia farmacologica (SUT)*

La Raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Sanità stabilisce che devono essere riportate

- dal **medico** tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia
- dall'**infermiere** ciò che è stato effettivamente somministrato

In caso di evento avverso, legato al trattamento farmacologico, a tale scheda andranno aggiunte le informazioni relative.

f) *Referti/consulenze*

evidenza nel diario clinico (veder punto a)
referti:

- devono essere raccolti in ordine cronologico in originale;
- devono riportare (U.F./Servizio erogante, identificazione del codice paziente, U.F. richiedente, il quesito diagnostico, tipo di esame eseguito con modalità di esecuzione, formulazione esito/parere e conclusioni diagnostiche;

consulenze:

- data, ora della richiesta, con timbro e firma del richiedente
- data, ora dell'esecuzione, con timbro e firma dell'esecutore

g) *Scheda Anestesiologica: a cura del medico anestesista*

deve racchiudere le seguenti informazioni

- valutazione pre operatoria
- pre anestesia
- conduzione anestesiologica
- valutazione postoperatoria

**h) Registro Operatorio**

Riferimento Normativo Prot.900.2/2.7/190 del 14/03/1990.

Requisiti sostanziali: veridicità, completezza e chiarezza

Requisiti formali:

- Dati identificativi paziente: cognome nome data nascita;
- Data/ora inizio - ora fine atto operatorio (cute/cute);
- Data/ora di ingresso ed uscita dalla Sala Operatoria;
- Nome primo operatore e di quanti hanno partecipato all'intervento;
- Diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- Tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'anno condotta;
- Descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura attuata;
- **Timbro e firma del primo operatore**

Il registro operatorio deve inoltre contenere

- Il numero del progressivo
- Il codice paziente identificativo del ricovero
- Unità Funzionale chirurgica
- La codifica delle procedure eseguite anche in funzione della compilazione della S.D.O.

i) Informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito

- Consenso informato (cfr I 08 Il consenso informato)
- Dichiarazioni assenso/dissenso dell'assistito
- Decisione di dimissione contro il parere del medico o opposizione alla dimissione
- Documenti attestanti l'esercizio della legale rappresentanza di terze persone.

FASE C. CHIUSURA DEL RICOVERO

La chiusura del ricovero deve essere puntualmente riportata nel diario clinico indicando con precisione la data, l'ora, la modalità di dimissione ed altre



Istruzione Operativa

LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Codice I 11

Rif. Sez. 7.5 MQ Pag. 8 di 10

Rev. 01 del 28/02/2025

eventuali specificazioni che si ritengano necessarie con l'evidenza del timbro e della firma del medico curante.

La chiusura del ricovero prevede i seguenti documenti:

a) Lettera di dimissione:

- deve essere redatta su carta intestata della Casa di Cura con l'indicazione dell'Unità Funzionale (una copia in consegna al paziente, una copia in consegna per il medico curante ed una copia conservata in cartella clinica.
- deve contenere l'informazione per il paziente che "il primo controllo correlato al ricovero non comporta oneri per il paziente stesso ma rientra nell'episodio di ricovero" (come da modulistica controllata utilizzata dalla Casa di Cura)
- deve contenere un recapito telefonico del medico curante per ogni problema inerente al decorso postoperatorio o complicanza
- deve contenere timbro e firma del Medico dimettente.

Il testo della lettera di dimissione deve fornire tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico-terapeutico e le motivazioni del quadro clinico dall'ammissione alla dimissione, incluso eventuale registro operatorio.

b) Scheda di dimissione ospedaliera

- deve essere sempre presente nella cartella clinica
- deve fornire una rappresentazione sintetica del caso trattato, coerente con il contenuto della cartella clinica
- deve rispondere ai requisiti dettati dalla **D.G.R. n. 46-7637 del 21/05/2014 Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche** rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - **Revisione 2014**. La delibera sopra citata costituisce il riferimento per l'attività di monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero da parte della Regione e delle ASR.

Compilazione S.D.O. all'ingresso del paziente:



a cura dell'ufficio accettazione (vedere All. 01/Sez. 7.5 Gestione della documentazione sanitaria)

Compilazione S.D.O. alla dimissione del paziente:

Individuazione della diagnosi principale, delle diagnosi secondarie, degli interventi/procedure e relativa codifica (documentazione di riferimento: Cartella Clinica - Registro Operatorio)

Compilatore:

Medico curante o altro medico dell'Unità Funzionale

Primo Controllo:

Referente dell'Unità Funzionale e/o il Responsabile di Raggruppamento

Secondo Controllo:

Direttore Sanitario e personale amministrativo

Approvazione:

Direttore Sanitario

Inserimento dei codici sul PC

Direttore Sanitario e personale amministrativo

6. PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ DELLA S.D.O.¹

La compilazione della S.D.O., la codifica e il controllo delle informazioni in essa contenute devono essere effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali.

La responsabilità della corretta compilazione della S.D.O. compete al **medico dimettente**; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. Si ritiene che il sia il **medico responsabile dell'assistenza e della dimissione** il più qualificato nell'identificare i codici e la loro gerarchia rispondenti all'episodio di ricovero.

¹ D.M. 28/12/1991 - D.G.R. n. 46-7637 del 21/05/2014



Il **Direttore Sanitario** è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO nonché ai controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

7. NUCLEO DI CONTROLLO RICOVERI ESTERNI (NCRE)

Determinazione Direttoriale n. 477 del 18/04/2014: provvedimenti attuativi della D.G.R. n. 35-6651 del 11/11/2013 disciplinante l'organizzazione delle attività di controllo analitico delle Cartelle Cliniche e delle S.D.O. e le conseguenti modalità di revisione tariffaria - Istituzione del Nucleo di controllo Ricoveri Esterni (NCRE).

8. VALUTAZIONE DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA

La valutazione ed il miglioramento della qualità della cartella clinica costituiscono attività da sviluppare in modo sistematico all'interno della struttura (cfr: **Griglia di Valutazione della cartella clinica**, predisposta dalla Regione Piemonte² ed utilizzata dalla ASLAL durante la verifica):

Controllo Interno: Direttore Sanitario, con il supporto del personale dell'ufficio accettazione.

² Allegato 2 alla D.D. n. 497 del 23.07.2012